

MASTER IN MEDICINA ASSICURATIVA

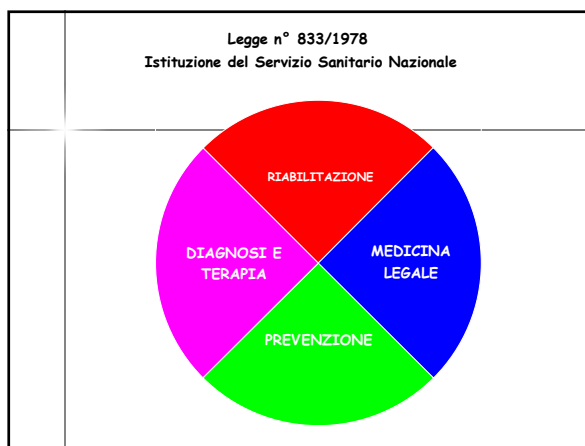
**LA CRITERIOLOGIA VALUTATIVA CORRELATA ALLA
NORMATIVA SULLA "INVALIDITA' CIVILE"**
prof. dott. Bruno Della Pietra

Costituzione della Repubblica Italiana

Art. 3.
Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Art. 32.
La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Art. 38.
Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.



Legge 833/78 Art. 14. (Unità sanitarie locali). - L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona. Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti. Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare:

- a) all'educazione sanitaria;
- b) all'igiene dell'ambiente] (3);
- c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- d) alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;

- e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;
- l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- m) alla riabilitazione;
- n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;
- q) agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale, con esclusione di quelle relative ai servizi di cui alla lettera z) dell'articolo 6 [Forze armate e Corpi di Polizia].

L'art. 2 della Legge 10 marzo 1971 n° 118 definisce "mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali, che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età".

Sono esclusi "gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi".

Art. 12 della Legge 10 marzo 1971 n° 118 - *Pensione di inabilità*

Ai mutilati ed invalidi civili di età superiore agli anni 18, nei cui confronti, in sede di visita medico-sanitaria, sia accertata una totale inabilità lavorativa, è concessa a carico dello Stato e a cura del Ministero dell'interno, una pensione di inabilità di lire 234.000 annue da ripartire in tredici mensilità con decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda per l'accertamento dell'inabilità ...

In caso di decesso dell'interessato, successivo al riconoscimento dell'inabilità, la pensione non può essere corrisposta agli eredi, salvo il diritto di questi a percepire le quote già maturate alla data della morte.

L. 13 DICEMBRE 1986, N. 912 - Interpretazione autentica dell'art. 12, ultimo comma, della L. 30 marzo 1971, n. 118, e dell'art. 7, ultimo comma, della L. 26 maggio 1970, n. 381, in materia di quote di assegni o pensioni spettanti agli eredi di mutilati o invalidi civili e di sordomuti.

Art. 1
L'art. 12, ultimo comma, della L. 30 marzo 1971, n. 118, deve intendersi nel senso che gli eredi del mutilato o invalido civile, deceduto successivamente al riconoscimento della inabilità, hanno diritto a percepire le quote di pensione già maturate dall'interessato alla data del decesso, anche se il decesso stesso sia intervenuto prima della deliberazione concessiva del comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, ferma restando la necessità della deliberazione stessa.

L'art. 1 del D. Lgs 23.11.1988, n° 509, prevede che:
"1. Le minorazioni congenite od acquisite, di cui all'art. 2, secondo comma, della L. 30 marzo 1971, n. 118, comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente.
2. Ai fini della valutazione della riduzione della capacità lavorativa, le infermità devono essere accertate da apposite indagini cliniche, strumentali e di laboratorio, allo scopo di determinare l'entità delle conseguenze e delle complicanze anatomico-funzionali permanenti ed invalidanti in atto.
3. La dizione diagnostica deve essere espressa con chiarezza e precisione in modo da consentire l'individuazione delle minorazioni ed infermità che, per la loro particolare gravità, determinano la totale incapacità lavorativa, o che, per la loro media o minore entità, determinano invece la riduzione di tale capacità. L'accertamento diagnostico deve essere effettuato dalle strutture periferiche del Servizio sanitario nazionale o da quelle della sanità militare.

4. La determinazione della percentuale di riduzione della capacità lavorativa deve basarsi:

a) sull'entità della perdita anatomica o funzionale, totale o parziale, di organi od apparati;

b) sulla possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici che garantiscano in modo totale o parziale il ripristino funzionale degli organi ed apparati lesi;

c) sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o l'apparato sede del danno anatomico o funzionale.

Capacità di lavoro: consta di una base biologica (validità psicofisica), di una culturale (preparazione tecnica) e di una attitudinale (disposizione naturale psicofisica a una determinata attività).

Incapacità di lavoro: può essere parziale (invalidità) o totale (inabilità), temporanea o permanente

Validità: integrità somato-psichica

Invalidità: perdita parziale dell'integrità somato-psichica, quindi con riflessi più o meno severi sulla capacità di lavoro.

Abilità: possesso dei requisiti di carattere tecnico-professionale, che permettono di espletare un certo lavoro.

Inabilità: perdita assoluta della capacità di lavoro, temporanea o permanente

Idoneità: possesso dei requisiti biologici e attitudinali per svolgere un certo lavoro con determinati rischi specifici.

Inidoneità: può essere parziale o totale, temporanea o permanente

PERMANENZA: si ha nel caso di malattie croniche o stabilizzate, di gravi indebolimenti o di perdite di arti, di sensi o di organi e di ogni altra condizione morbosa che tende a radicarsi nell'organismo con carattere di stabilità e durata, di cui non si possa prevedere la cessazione.

E' una condizione stabile e duratura, non necessariamente per tutta la vita, ma certamente per un decorso del quale non sia prevedibile la cessazione nel tempo avvenire.

E' condizionata dalla stabilità dei 'postumi' e dalla loro probabile irreversibilità o inemendabilità.

È permanente quel fatto o effetto che non necessariamente perdura per tutta la vita, ma è destinato a persistere a lungo senza lasciare prevedere una risoluzione nel tempo.

La permanenza è un requisito previsto dalla legge per il verificarsi di numerosi effetti giuridici penali, civili ed assicurativi.

CONCETTO PENALISTICO DI MALATTIA CERTAMENTE O PROBABILMENTE INSANABILE: malattia non suscettibile di reversione neppure con i sussidi dell'arte sanitaria per cui durerà certamente o probabilmente per tutta la vita.

IN I. N. A. I. L.

Si ha "coesistenza di inabilità" quando più cause di inabilità interessano organi ed apparati diversi, che non si influenzano reciprocamente, perché privi di correlazioni funzionali e, quindi, senza conseguenze peggiorative sull'attitudine lavorativa.

Si ha "concorso di inabilità" (concorrenza) quando le singole menomazioni interessano uno stesso sistema organo-funzionale con strette analogie di struttura e di collaborazione nell'attività lavorativa (ad esempio menomazioni pluridigitali di una mano) o sistemi organici diversi ma aventi correlazioni funzionali (ad esempio indebolimento della vista e menomazione di una mano) per cui il danno complessivo risulta maggiore, cioè aggravato, dal mancato funzionamento delle reciproche sinergie lavorative.

A norma dell'art. 78 del T.U. n° 1124/1965 aggiornato "in caso di perdite di più arti od organi o di più parti di essi, il grado di inabilità permanente deve essere determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio (e/o della malattia da lavoro) e per effetto della pluralità delle menomazioni, è diminuita l'attitudine al lavoro".

TABELLA INDICATIVA DELLE PERCENTUALI DI INVALIDITÀ di cui all'art. 2 della L. 11 febbraio 1980, n. 18, approvata con D.M. 25 luglio 1980 del Ministero della Sanità

Avvertenze

1. Le affezioni non specificatamente elencate nelle fasce indicative dei livelli di percentuali di invalidità devono ritenersi appartenere a quelle fasce che comprendono manifestazioni equivalenti.

2. In caso di concorso o di coesistenza in uno stesso soggetto di più minorazioni il danno biologico globale non sarà valutato addizionando i singoli valori percentuali bensì sarà considerato nella sua incidenza reale sulla complessiva validità del soggetto.

Per i danni coesistenti, si terrà orientativamente conto delle tecniche valutative, anche a «scalare», proprie della metodologia medico legale corrente.

3. Non rientrano nella valutazione complessiva dell'invalidità le minorazioni comprese nella fascia da 0 a 10% a meno che non siano concorrenti fra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori.

4. Per le malattie che colpiscono l'organo della vista la valutazione è riferita al visus quale risulta dopo correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

5. Per le malattie che colpiscono l'organo dell'udito la valutazione è riferita alla capacità uditiva quale risulta dall'applicazione di protesi acustiche, qualora applicabili.

6. In tutti i casi di dubbio diagnostico le commissioni potranno disporre accertamenti specialistici presso enti pubblici.

Art. 2 del D. Lgs 23.11.1988, n° 509

1. Il Ministro della sanità, entro due mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, approva, con proprio decreto, la nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti, ai sensi dell'art. 2, comma 2, della L. 26 luglio 1988, n. 291, sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Il Ministro della sanità, con la medesima procedura, può apportare eventuali modifiche e variazioni.

2. La tabella di cui al comma 1 elenca le infermità specificamente individuate alle quali è attribuito un valore percentuale fisso. Nella medesima tabella sono altresì espresse, in fasce percentuali di dieci punti, con riferimento alla riduzione permanente della capacità lavorativa, le infermità alle quali non sia possibile attribuire un valore percentuale fisso.

Art. 3

1. Le percentuali di invalidità, indicate nella tabella di cui al comma 1 dell'art. 2 in misura fissa ovvero con individuazione di fascia, possono essere ridotte o aumentate dalle competenti commissioni fino a cinque punti percentuali, rispetto ai valori fissi indicati, con riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, alla eventuale specifica attività lavorativa svolta ed alla formazione tecnico-professionale del medesimo. Le competenti commissioni in ogni caso determinano le potenzialità lavorative del soggetto.

Art. 4

1. In caso di concorso o di coesistenza in uno stesso soggetto di più minorazioni, il danno globale non è valutato **aggiungendo i singoli valori percentuali ma considerato nella sua incidenza reale sulla validità complessiva del soggetto.** Per i danni coesistenti si tiene conto della tecnica valutativa a scalare individuata con il decreto di cui all'art. 2, comma 1.

Art. 5

1. Nella valutazione complessiva della invalidità non sono considerate le minorazioni comprese tra lo 0 per cento ed il 10 per cento e le altre specificatamente elencate in calce alla tabella di cui all'art. 2, comma 1, purché non concorrenti tra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori.

Art. 7

1. Per l'iscrizione degli invalidi civili negli elenchi degli uffici provinciali del lavoro e della massima occupazione, ai fini della assunzione obbligatoria, è richiesta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento.

2. Gli invalidi civili iscritti negli elenchi di cui all'art. 19 della L. 2 aprile 1968, n. 482, il cui grado di invalidità sia stato riconosciuto in base alla tabella in vigore anteriormente a quella di cui all'art. 2, comma 1, conservano il diritto alla iscrizione negli elenchi stessi se hanno un grado di invalidità superiore al 45 per cento. Gli invalidi civili con un grado di invalidità inferiore al 46 per cento, conservano tale diritto per un periodo di dodici mesi decorrente dalla data di entrata in vigore del decreto di cui all'art. 2, comma 1.

Art. 8

1. La pensione di inabilità di cui all'art. 12 della L. 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, e la pensione non reversibile di cui all'art. 1 della L. 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, sono concesse, rispettivamente, ai mutilati ed invalidi civili ed ai sordomuti di età compresa fra il diciottesimo ed il sessantacinquesimo anno, fermi restando i requisiti e le condizioni previste dalla legislazione vigente.

2. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età, in sostituzione delle pensioni di cui al comma 1, nonché dell'assegno mensile di cui all'art. 13 della L. 30 marzo 1971, n. 118, è corrisposta, da parte dell'I.N.P.S., la pensione sociale a carico del fondo di cui all'art. 26 della L. 30 aprile 1969, n. 153, ai sensi degli artt. 10 e 11 della L. 18 dicembre 1973, n. 854.

3. Ove l'importo percepito ai sensi del comma 2 risulti inferiore a quello spettante in base al comma 1, verrà corrisposta dal Ministero dell'interno la differenza a titolo di assegno *ad personam*.

Art. 9

1. A modifica dell'art. 13, primo comma, della L. 30 marzo 1971, n. 118, la riduzione della capacità lavorativa indicata nella misura superiore ai due terzi è elevata alla misura pari al 74 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui all'art. 2, comma 1.

2. Restano salvi i diritti acquisiti dai cittadini che già beneficiano dell'assegno mensile o che abbiano già ottenuto, alla data di cui al comma 1, il riconoscimento dei requisiti sanitari da parte delle competenti commissioni.

La criteriologia valutativa rapportabile al Decreto Legislativo n° 509/88 è rappresentata dai seguenti principali parametri di riferimento:

a) Il danno anatomico-funzionale permanente (art. 1, commi 1 e 2);

b) La capacità lavorativa (art. 1, commi 2, 3 e 4) "specificata" oppure in "occupazioni confacenti alle attitudini" (art. 3);

c) Un sistema tabellare (art. 2), in realtà reso esecutivo solo dopo oltre tre anni, segnatamente con il D.M. 5 febbraio 1992

Nel disposto in questione emerge un altro criterio, anch'esso noto in Medicina Legale: il "criterio analogico": "molte altre infermità non sono tabellate, ma, in ragione della loro natura e gravità, è possibile valutarne il danno con criterio analogico rispetto a quelle tabellate".

La tabella è ordinata per menomazioni e il relativo elenco, in sintonia con l'art. 2, comma 1, della legge n° 509 è redatto "sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità"; inoltre, essa individua, in base ai criteri elaborati dall'OMS, alcuni gruppi (prima cifra del codice) e sottogruppi (seconda cifra del codice) di menomazioni, nonché le voci riferite alle singole infermità (impairment), che costituiscono una causa di menomazione (terza e quarta cifra del codice). Le menomazioni invalidanti possono essere coesistenti se interessano sistemi organo-funzionali diversi, concorrenti se agiscono sullo stesso sistema organo-funzionale.

La Sentenza della Corte Costituzionale n° 209 del 29-31 maggio 1995, pubblicata sulla G.U. n° 24 del 7.06.1995, serie speciale, dichiara "l'illegittimità costituzionale dell'art. 9, comma II, del D.Lgs. 23 novembre 1988 n° 509 (norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma I, della legge 26 luglio 1988, n° 291), nella parte in cui non prevede che restino salvi anche i diritti dei cittadini per i quali il riconoscimento dell'esistenza dei requisiti sanitari all'epoca della domanda, presentata anteriormente alla data di cui al comma I, sia intervenuto da parte della competente Commissione Medica, posteriormente a tale data".

Da ciò ne deriva che le domande presentate prima del 12.03.1992 il diritto all'assegno mensile spettava quando veniva riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi e, quindi, per correlazione per tali domande doveva essere applicata anche la Tabella sino ad allora vigente.

L. 24 NOVEMBRE 2003, N. 326 - Conversione in legge, con modificazioni, del 62 - -D.L. 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici
G.U. 25 novembre 2003 n. 274 - S.O. n. 181

4. In sede di verifica della sussistenza dei requisiti medico-legali effettuata dal Ministero dell'economia e delle finanze - Direzione centrale degli uffici locali e dei servizi del Tesoro - nei confronti dei titolari delle provvidenze economiche di invalidità civile, cecità e sordomutismo, sono valutate le patologie riscontrate all'atto della verifica con riferimento alle tabelle indicative delle percentuali di invalidità esistenti ... 6. Le commissioni mediche di verifica, al fine del controllo dei verbali relativi alla valutazione dell'handicap e della disabilità, sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare ai sensi della L. 5 febbraio 1992, n. 104.

7. Il comma 2 dell'art. 97 della L. 23 dicembre 2000, n. 388, è sostituito dal seguente: «2. I soggetti portatori di gravi menomazioni fisiche permanenti, di gravi anomalie cromosomiche nonché i disabili mentali gravi con effetti permanenti sono esonerati da ogni visita medica, anche a campione, finalizzata all'accertamento della permanenza della disabilità. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sono individuate le patologie rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo ed è indicata la documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare l'invalidità».

Da ricordare come dalla Legge 26 luglio 1988, n° 291 (Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, recante misure urgenti in materia di finanza pubblica per l'anno 1988. Delega al Governo per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti e dei relativi benefici): "Le domande per ottenere la pensione, l'assegno o l'indennità, devono essere presentate alle commissioni mediche per le pensioni di guerra - che assumono la denominazione «commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile» ...".

Con la L. 25 gennaio 1990, N. 8 (Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 25 novembre 1989, n. 382, recante disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle USL) veniva ampliata, all'art. 6 bis, la competenza delle "Commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile del Ministero del tesoro" anche all'esame delle domande per il riconoscimento dello stato di invalido civile ai fini del conseguimento di benefici diversi da quelli della pensione, dell'assegno o delle indennità d'invalidità civile.

L. 15 OTTOBRE 1990, N. 295 - Modifiche ed integrazioni all'art. 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, conv., con modif., dalla L. 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti

Art. 1
1. Gli accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l'assegno o le indennità d'invalidità civile, di cui alla L. 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, alla L. 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, alla L. 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, e alla L. 11 febbraio 1980, n. 18, come modificata dalla L. 21 novembre 1988, n. 508, nonché gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati sono effettuati dalle unità sanitarie locali, a modifica di quanto stabilito in materia dall'art. 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, conv., con modif., dalla L. 26 luglio 1988, n. 291, e dall'art. 6 bis, comma 1, del D.L. 25 novembre 1989, n. 382, conv., con modif., dalla L. 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni.

2. Nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti. Esse sono composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici di cui al presente comma sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della unità sanitaria locale territorialmente competente.

3. Le commissioni di cui al comma 2 sono di volta in volta integrate con un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili, dell'Unione italiana ciechi, dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e dell'Associazione nazionale delle famiglie dei fanciulli ed adulti subnormali, ogni qualvolta devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie.

4. In sede di accertamento sanitario, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia.

5. Le domande giacenti presso le commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e d'invalidità civile alla data di entrata in vigore della presente legge devono essere trasmesse alle commissioni di cui al comma 2 entro trenta giorni, e devono essere definite da queste ultime entro un anno dalla data della trasmissione degli atti.

6. Il Ministro del tesoro, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, determina con proprio decreto il modello di domanda da presentare al fine di ottenere l'invalidità civile, e le caratteristiche della certificazione che deve essere allegata a dimostrazione della presunta invalidità.

7. Copia dei verbali di visita conseguenti agli accertamenti sanitari di cui al comma 1 sono trasmessi dalle unità sanitarie locali alla competente commissione medica periferica per le pensioni di guerra e d'invalidità civile. Decorsi sessanta giorni dalla data di ricezione, debitamente comprovata, di tali verbali di visita senza che l'anzidetta commissione abbia chiesto, indicandone esplicita e dettagliata motivazione medico-legale, la sospensione della procedura per ulteriori accertamenti, da effettuare tramite la stessa unità sanitaria locale o mediante visita diretta dell'interessato da parte della commissione medica periferica, i medesimi verbali di visita sono trasmessi dalle unità sanitarie locali alla competente prefettura per gli ulteriori adempimenti necessari per la concessione delle provvidenze previste dalla legge.

8. Contro gli accertamenti sanitari effettuati dalle unità sanitarie locali di cui al comma 1, e contro gli eventuali accertamenti effettuati, nei casi previsti dalla commissione indicata al comma 7, gli interessati possono presentare, entro sessanta giorni dalla notifica, ricorso in carta semplice al Ministro del tesoro, che decide, entro centottanta giorni, sentita la commissione medica superiore e d'invalidità civile, di cui all'art. 3, comma 2, del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, conv. con modif., dalla L. 26 luglio 1988, n. 291. Avverso la decisione del Ministro del tesoro è ammessa la tutela giurisdizionale dinanzi al giudice ordinario.

9. Resta ferma la competenza del Ministero del tesoro - Direzione generale dei servizi vari e delle pensioni di guerra - per l'effettuazione delle verifiche intese ad accertare la permanenza dei requisiti prescritti per usufruire della pensione, dell'assegno o dell'indennità, di cui all'art. 3, comma 10, del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, conv. con modif. dalla L. 26 luglio 1988, n. 291.

D.M. 5 FEBBRAIO 1992 - Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti

La nuova tabella fa riferimento alla incidenza delle infermità invalidanti sulla capacità lavorativa (artt. 1, 2 D.Lgs. n. 509/1988).

Pertanto richiede l'analisi e la misura percentuale di ciascuna menomazione anatomo-funzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa.

La tabella elenca sia infermità individuate specificatamente, cui è attribuita una determinata percentuale «fissa», sia infermità il cui danno funzionale permanente viene riferito a fasce percentuali di perdita della capacità lavorativa di dieci punti, utilizzate prevalentemente nei casi di più difficile codificazione.

Molte altre infermità non sono tabellate ma, in ragione della loro natura e gravità, è possibile valutarne il danno con criterio analogico rispetto a quelle tabellate.

1) Il danno funzionale permanente è riferito alla capacità lavorativa (art. 1, comma 3 ed art. 2, comma 2, D.Lgs. 23 novembre 1988, n. 509) che deve intendersi come capacità lavorativa generica con possibilità di variazioni in più del valore base, non superiori a cinque punti di percentuale, nel caso in cui vi sia anche incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità cosiddetta semispecifica) e sulla capacità lavorativa specifica. Le variazioni possono anche essere nel senso di una riduzione, non maggiore di cinque punti quando l'infermità risulti non avere incidenza sulla capacità lavorativa semispecifica e specifica.

2) Nel caso di infermità unica, la percentuale di base della invalidità permanente viene espressa utilizzando, per le infermità elencate nella tabella:

a) la percentuale fissa di invalidità, quando l'infermità corrisponde, per natura e grado, esattamente alla voce tabellare (colonna «fisso»);

b) la misura percentuale di invalidità calcolata rimanendo all'interno dei valori di fascia percentuale che la comprende quando l'infermità sia elencata in fascia (colonna «min-max»);

c) se l'infermità non risulta elencata in tabella viene valutata percentualmente ricorrendo al criterio analogico rispetto ad infermità analoghe e di analoga gravità come indicato sub a) e sub b).

3) Nel caso di infermità plurime, i criteri per giungere alla valutazione finale sono i seguenti: sono calcolate dapprima le percentuali relative alle singole infermità secondo i criteri individuati al punto 2) lett. a), b), c).
 Di seguito, occorre tener presente che le invalidità dovute a menomazioni multiple per infermità tabellate e/o non tabellate possono risultare da un concorso funzionale di menomazioni ovvero da una semplice loro coesistenza.
 Sono funzionalmente in concorso tra loro, le menomazioni che interessano lo stesso organo o lo stesso apparato.
 In alcuni casi, il concorso è direttamente tariffato in tabella (danni oculari, acustici, degli arti ecc.).
 In tutti gli altri casi, valutata separatamente la singola menomazione, si procede a *Valutazione complessiva*, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello tariffato per la perdita totale anatomo-funzionale dell'organo o dell'apparato.
 A mente dell'art. 5 D.Lgs. n. 509/1988, nella valutazione complessiva della invalidità, non sono considerate le minorazioni iscritte tra lo 0 ed il 10% purché non concorrenti tra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori. Non sono state inoltre individuate altre minorazioni da elencare specificatamente ai sensi dello stesso art. 5.

Sono in coesistenza le menomazioni che interessano organi ed apparati funzionalmente distinti tra loro.

In questi casi, dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna menomazione si esegue un *Calcolo riduzionistico* mediante la seguente formula espressa in decimali:
 $IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$
 dove l'invalidità totale finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto.

In caso di menomazioni di numero superiore a due, il procedimento si ripete e continua con lo stesso metodo. Per ragioni pratiche è opportuno avvalersi, a tal fine, di una apposita tavola di calcolo combinato di cui ogni Commissione dovrà opportunamente disporre.

4) Le competenti Commissioni dovranno esaminare la possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici. Le protesi sono da considerare fattore di attenuazione della gravità del danno funzionale e pertanto possono comportare una riduzione della percentuale d'invalidità a condizione che esse, per la loro natura, siano ben tollerate e funzionalmente efficaci ai fini della capacità lavorativa generica, semispecifica (= occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto) e specifica.
 Ciascuna visita viene verbalizzata in modo tale che risultino i seguenti elementi: i dati anagrafici; la qualifica professionale, le attività lavorative eventualmente svolte in passato o nell'attualità; l'anamnesi familiare, fisiologica, patologica (remota e prossima), l'esame obiettivo completo, gli accertamenti di laboratorio e strumentali; la diagnosi clinica secondo quanto sancito dall'art. 1, comma 3, D.Lgs. n. 509; la prognosi con particolare riguardo alla eventuale permanenza della infermità e del danno funzionale (REVISIONE); la percentuale assegnata a ciascuna menomazione in base alla tabella ed in caso di menomazioni multiple, la valutazione complessiva, se trattasi di concorso d'invalidità ovvero, la valutazione ottenuta mediante il calcolo riduzionistico effettuato con la formula e la tavola di calcolo combinato di cui al punto 3), se trattasi di coesistenza d'invalidità; la possibilità di applicazione di protesi e l'eventuale variazione percentuale ad essa connessa. La Commissione dovrà indicare il codice di riferimento corrispondente all'infermità diagnostica al fine di individuare la menomazione ad essa correlata (art. 2, comma 1, D.Lgs. n. 509) sulla base della classificazione internazionale dell'O.M.S.

La relazione prevede inoltre il giudizio motivato della Commissione sulla ricorrenza dei requisiti per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento ai soggetti aventi diritto a mente dell'art. 1, legge n. 508/1988, ed infine la determinazione delle potenzialità lavorative del soggetto a mente dell'art. 3, D.Lgs. n. 509 e tenuto conto dell'art. 1, comma 3, legge n. 508/1988.

Ad esemplificazione di quanto sopra, la Commissione dovrà indicare le seguenti voci:
 Ad esemplificazione di quanto sopra, la Commissione dovrà indicare le seguenti voci:

1) **DIAGNOSI**

Infermità n. 1 codice di riferimento
 Infermità n. 2 codice di riferimento
 Infermità n. 3 codice di riferimento
 Infermità n. 4 codice di riferimento

2) **VALUTAZIONE PERCENTUALE DELLE INVALIDITÀ (1)**

Infermità n. 1% (voce n. della tabella)
 Infermità n. 2 idem ecc.

(1) Per le protesi vedi sopra al punto 4).

<p>3) PERCENTUALE FINALE DI INVALIDITÀ</p> <p>I) Infermità Unica (riportare senza modifica la percentuale calcolata sub 2)</p> <p>.....</p> <p>II) Infermità multiple</p> <p>(a) Infermità concorrenti tra loro nel produrre il danno</p> <p>Infermità n.</p> <p>Infermità n.</p> <p>Infermità n.</p> <p><i>N.B. Riportare le singole percentuali già calcolate sub 2).</i></p> <p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLE INFERMITÀ CONCORRENTI</p> <p>.....</p> <p>(b) Infermità coesistenti</p> <p>2° Calcolo (percentuale risultante dal primo calcolo ed infermità n. 3) ecc.</p> <p>Valutazione riduzionistica delle infermità coesistenti %.</p> <p>(c) Infermità concorrenti associate a Infermità coesistenti (nell'ipotesi di un gruppo di infermità concorrenti e di un gruppo di infermità coesistenti i risultati parziali di (a) e (b) vengono conglobati in una valutazione finale complessiva)</p> <p>III) - Sulle percentuali espresse per I e II va applicato un aumento della percentuale per incidenza su capacità semispecifica o specifica (massimo aumento: 5%) ovvero una riduzione della percentuale per nessuna incidenza su capacità semispecifica o specifica. Di seguito verrà espressa la percentuale finale di invalidità.</p>
--

<p>4) INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO L. 508/1988</p> <p>Si No</p> <p>MOTIVAZIONE:</p>
<p>5) INDENNITÀ DI COMUNICAZIONE L. 508/1988</p> <p>Si No</p> <p>MOTIVAZIONE:</p>
<p>6) INDENNITÀ DI FREQUENZA L. 289/1990</p> <p>Si No</p> <p>MOTIVAZIONE</p>
<p>INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DEI DEFICIT FUNZIONALI</p> <p><u>APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO</u></p>

<p>D.P.R. 21 SETTEMBRE 1994, N. 698 - Regolamento recante norme sul riordinamento dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione dei benefici economici</p> <p>Art. 1 - Procedimento per l'accertamento sanitario delle minorazioni civili</p> <p>1. Le istanze volte ad ottenere l'accertamento sanitario dell'invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo, nonché quelle intese a valutare l'handicap derivante dall'invalidità, ai sensi dell'art. 4 della L. 5 febbraio 1992, n. 104, redatte in carta semplice, secondo i modelli A e B sono presentate presso le commissioni mediche U.S.L., competenti per territorio, di cui alla L. 15 ottobre 1990, n. 295. Alla domanda deve essere allegata la certificazione medica, attestante la natura delle infermità invalidanti. Con la medesima istanza l'interessato chiede alla competente prefettura la concessione delle provvidenze economiche spettanti in relazione allo stato di invalidità e alla minorazione riconosciuta.</p> <p>2. Per la presentazione delle domande di aggravamento resta in vigore quanto disposto dall'art. 11 del D.Lgs. 23 novembre 1988, n. 509.</p> <p>3. Il procedimento relativo all'accertamento sanitario da parte delle stesse commissioni deve concludersi entro nove mesi dalla presentazione della domanda.</p>
--

<p>Art. 11 D.Lgs. 509/88</p>
<p>Le domande per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive sono prese in esame dalle competenti commissioni a condizione che siano corredate da una documentazione sanitaria che comprovi le modificazioni del quadro clinico preesistente. Qualora sia stato prodotto ricorso gerarchico avverso il giudizio della commissione preposta all'accertamento della invalidità e delle condizioni visive, le domande di aggravamento sono prese in esame soltanto dopo la definizione del ricorso stesso.</p>

D.P.R. 21 SETTEMBRE 1994, N. 698 - Regolamento recante norme sul riordinamento dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione dei benefici economici
 Art. 1 - *Procedimento per l'accertamento sanitario delle minorazioni civili*

4. Rimangono applicabili le disposizioni di cui all'art. 1, comma 7, della L. 15 ottobre 1990, n. 295, in relazione al termine di sessanta giorni previsto per la richiesta di sospensione della procedura da parte delle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile. Una volta esaurita la procedura di accertamento sanitario, la commissione medica U.S.L. e la commissione medica periferica trasmettono, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'interessato, un originale del verbale di visita. Dette modalità di trasmissione si applicano anche agli accertamenti sanitari effettuati a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente regolamento sulle istanze presentate anteriormente a tale data.

5. Nel caso in cui la percentuale di invalidità o la minorazione riconosciute diano diritto a provvidenze economiche erogate dal Ministero dell'interno, le commissioni sopramenzionate trasmettono d'ufficio copia dell'istanza di concessione di detti benefici, unitamente a copia autentica del verbale sanitario.

D.P.R. 21 SETTEMBRE 1994, N. 698
 Art. 1 - *Procedimento per l'accertamento sanitario delle minorazioni civili*

6. In caso di domande di aggravamento, le commissioni mediche U.S.L. di cui al comma 1, debbono trasmettere alle prefetture soltanto i verbali di accertamento sanitario che evidenzino variazioni rispetto alla situazione sanitaria precedentemente accertata.

7. Il soggetto convocato per gli accertamenti sanitari richiesti ai sensi del comma 1 può motivare, con idonea documentazione medica, la propria eventuale impossibilità a presentarsi a visita indicando la data in cui può essere effettuata la visita domiciliare. Ove il soggetto non sia in grado di farlo personalmente, tale impossibilità può essere motivata anche da un familiare convivente.

8. Nel caso di decesso del richiedente il riconoscimento dello status di invalido civile, di cieco civile o di sordomuto, relativo anche ai procedimenti in corso alla data di entrata in vigore del presente regolamento, le commissioni mediche di cui al comma 1, possono, su formale istanza degli eredi, procedere all'accertamento sanitario esclusivamente in presenza di documentazione medica rilasciata da strutture pubbliche o convenzionate, in data antecedente al decesso, comprovanti, in modo certo l'esistenza delle infermità e tali da consentire la formulazione di una esatta diagnosi ed un compiuto e motivato giudizio medico-legale.

ASPETTI DI VALUTAZIONE NEL MINORE E NELL'ULTRA65ENNE		
DEFINIZIONE DI INVALIDO CIVILE		
Soggetti aventi diritto (età)	Presupposto	Requisito
0 ÷ < 18 anni	Difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età	Esistenza del presupposto - livello (percentualizzazione) non richiesto. Da integrare dal 15° anno di età.
18 ÷ < 65 anni	Riduzione della capacità lavorativa	Riduzione superiore ad un terzo
≥ 65 anni	Difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età	Riduzione superiore ad un terzo

Le "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età" per il minore sono da intendere come "parte integrante del processo evolutivo - maturativo della crescita, della strutturazione della personalità, nell'acquisizione di un ruolo sociale".

Gennari e Buzzi individuano tali compiti e funzioni nel gioco, nella favella, nell'apprendimento scolastico, nell'attività sportiva e ricreativa, nella relazione con i coetanei.

E' fuor di dubbio una valutazione qualitativa e non quantitativa.

<p>Per i minori sono previsti due riconoscimenti: a) l'indennità di frequenza (L. n° 289/90); Art. 1: 1. ... è concessa, per il ricorso continuo o anche periodico a trattamenti riabilitativi o terapeutici a seguito della loro minorazione, una indennità mensile di frequenza di importo pari all'assegno di cui all'art. 13 della L. 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, a decorrere dal 1° settembre 1990. 2. La concessione dell'indennità di cui al comma 1 è subordinata alla frequenza continua o anche periodica di centri ambulatoriali o di centri diurni, anche di tipo semiresidenziale, pubblici o privati, purché operanti in regime convenzionale, specializzati nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap. 3. L'indennità mensile di frequenza è altresì concessa ai mutilati ed invalidi civili minori di anni 18 che frequentano scuole, pubbliche o private, di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, nonché centri di formazione o di addestramento professionale finalizzati al reinserimento sociale dei soggetti stessi. 4. Il requisito della frequenza continua o anche periodica, nonché la condizione di cui al comma 1, sono richiesti anche per i minori che si trovino nelle condizioni indicate al comma 3. Art. 3 - <i>Incompatibilità</i> - 1. L'indennità mensile di frequenza è incompatibile con qualsiasi forma di ricovero e non è concessa ai minori che hanno titolo o che già beneficiano dell'indennità di accompagnamento</p>
--

<p>b) l'indennità di accompagnamento (L. 11 febbraio 1980, n° 18 - Indennità d'accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili);</p>
<p>Art. 1 - Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli artt. 2 e 12 della L. 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'art. 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, è concessa un'indennità di accompagnamento, non reversibile, al solo titolo della minorazione, a totale carico dello Stato, dell'importo di lire 120.000 mensili a partire dal 1°</p>

<p>Art. 17 della Legge 10 marzo 1971 n° 118 - <i>Assegno di accompagnamento</i></p> <p>Ai mutilati ed invalidi civili, di età inferiore ai 18 anni, che siano riconosciuti non deambulanti dalle commissioni sanitarie previste dalla presente legge e che frequentino la scuola dell'obbligo o corsi di addestramento o centri ambulatoriali e che non siano ricoverati a tempo pieno, è concesso, per ciascun anno di frequenza, un assegno di accompagnamento di lire 12.000 per tredici mensilità.</p> <p>Art. 6 della L. 21 novembre 1988, N. 508 - <i>Abrogazioni</i> - È abrogato l'art. 17 della L. 30 marzo 1971, n. 118. 2. Sono fatte salve le domande presentate sino alla data di entrata in vigore della presente legge per ottenere le provvidenze di cui all'art. 17 della citata legge n. 118/1971.</p>

<p>Art. 6 del D. Lgs 23.11.1988, n° 509</p>
<p>1. All'art. 2 della L. 30 marzo 1971, n. 118, dopo il secondo comma è aggiunto il seguente: «Ai soli fini dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età».</p> <p>Con il D.Lgs. n° 124/98 (art. 5, comma 7) viene affermato che "Ai soli fini dell'assistenza sanitaria, la percentuale di invalidità dei soggetti ultrasessantacinquenni è determinata in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età".</p>

Le "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età" per l'ultra65enne vengono, oggi, valutate come:

>difficoltà lievi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 33,3 % e il 66,6 % (da 1/3 a 2/3), ai fini della fruizione dell'assistenza protesica (art. 4, comma 2, del d.m. 28 dicembre 1992);

>difficoltà medio-gravi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 66,6 % ed il 99 %, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art. 6, del d.m. 1° febbraio 1991, e successive modificazioni);

>difficoltà gravi, corrispondenti ad invalidità pari al 100 %, ai fini dell'esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16, della legge n. 537/1993 e successive modificazioni).

E' ancora una valutazione fondamentalmente quantitativa.

L. 21 NOVEMBRE 1988, N. 508 - Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti
Art. 1 - *Aventi diritto alla indennità di accompagnamento* - 1. La disciplina della indennità di accompagnamento ... è modificata come segue.

2. L'indennità di accompagnamento è concessa:

a) ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti;

b) ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata un'inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua.

3. Fermi restando i requisiti sanitari previsti dalla presente legge, l'indennità di accompagnamento non è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sanitarie sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età.

4. L'indennità di accompagnamento di cui alla presente legge non è compatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

5. Resta salva per l'interessato la facoltà di optare per il trattamento più favorevole.

6. L'indennità di accompagnamento è concessa ai cittadini residenti nel territorio nazionale.

In merito all'inquadramento degli atti quotidiani della vita si vuole far presente alla S.V.I. come la Circolare del Ministero del Tesoro (n. 14 del 28.09.1992) - inviata sia alle Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile istituite presso le U.U.S.S.L.L. che alle Commissioni Mediche Periferiche di 2° istanza - così reciti: "Per atti quotidiani della vita, come da precisazione del Ministero della Sanità, sono da intendersi quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognoso di assistenza. Il giudizio medico-legale, secondo l'interpretazione corrente, si fonda quindi sulla corretta valutazione della materiale capacità del soggetto di assicurarsi autonomamente e sufficientemente quel minimo di funzioni vegetative e di relazioni indispensabili per garantire gli atti quotidiani, non lavorativi, della vita. Rientrano in quest'ambito un insieme di azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente, così da consentire ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana. Il complesso di tali funzioni quotidiane della vita si estrinseca pertanto in un insieme di attività diversificabili ma individualizzabili in alcuni atti interdipendenti o complementari nel quadro esistenziale d'ogni giorno: vestizione, nutrizione, igiene personale, espletamento dei bisogni fisiologici, effettuazione degli acquisti e compere, preparazione dei cibi, spostamento nell'ambiente domestico o per il raggiungimento del luogo di lavoro, capacità di accudire alle faccende domestiche, conoscenza del valore del denaro, orientamento temporo-spaziale, possibilità di attuare condizioni di autosoccorso e di chiedere soccorso, lettura, messa in funzione della radio e televisione, guida dell'automobile per necessità quotidiane legate a funzioni vitali, ecc..".

Art. 21 della Legge 10 marzo 1971 n° 118 - *Accertamenti sulla permanenza dei requisiti*

Il comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, di cui all'art. 14, può disporre accertamenti sulle condizioni economiche, di inabilità e di incollocabilità nei confronti dei beneficiari della pensione o dell'assegno deliberando, se del caso, la revoca della concessione. Avverso il provvedimento di revoca, è ammesso ricorso nei termini e con le modalità di cui all'art. 15.

L. 15 OTTOBRE 1990, N. 295 - Modifiche ed integrazioni all'art. 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, conv., con modif., dalla L. 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti

9. Resta ferma la competenza del Ministero del tesoro - Direzione generale dei servizi vari e delle pensioni di guerra - per l'effettuazione delle verifiche intese ad accertare la permanenza dei requisiti prescritti per usufruire della pensione, dell'assegno o dell'indennità, di cui all'art. 3, comma 10, del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, conv., con modif., dalla L. 26 luglio 1988, n. 291.

I delitti contro la Pubblica Amministrazione

Il Titolo II del Libro Secondo del codice penale disciplina i delitti contro la pubblica amministrazione ed è suddiviso in due capi:

- **Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (artt. 314-356 c.p.)**
- **Delitti dei privati contro la pubblica amministrazione (artt. 336-356)**

L'INQUADRAMENTO GIURIDICO DEL MEDICO

Il medico non ha un inquadramento giuridico unico ed universalmente valido, ma questo dipende direttamente dall'ambito in cui viene espletata l'attività professionale. Pertanto le figure giuridiche previste dalla normativa vigente sono fondamentalmente quelle di:

- 1) pubblico ufficiale;
- 2) incaricato di pubblico servizio;
- 3) persona esercente un servizio di pubblica necessità.

DEFINIZIONI GIURIDICHE

Art. 357 c.p.
Nozione di pubblico ufficiale

«Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.

Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi»

IL PUBBLICO UFFICIALE

L'attuale formulazione dell'art. 357 c.p. (adottata con la riforma novellistica del 1990 - L. 26.04.1990, n.86) ha eliminato ogni riferimento al tipo di rapporto intercorrente (impiego, retribuzione, gratuità, ecc...) tra lo Stato o altro Ente Pubblico e il soggetto titolare della funzione, al fine di sottolineare che quello che realmente conta è, appunto, l'esercizio oggettivo della funzione. Il secondo comma si preoccupa di stabilire la nozione di pubblica funzione amministrativa, esplicitando i criteri che secondo il legislatore oggi valgono ad individuarla. Tali criteri definitivi non sono cumulativi, bensì alternativi. A conferire natura di pubblica funzione amministrativa è sufficiente la presenza di uno solo dei seguenti criteri:

- a) formazione e manifestazione della volontà della pubblica amministrazione (normativi);
- b) suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi (giudiziari);
- c) suo svolgersi per mezzo di poteri certificativi (amministrativi).

Art. 358 c.p.

Nozione di persona incaricata di pubblico servizio

«Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancaza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale»

LA PERSONA INCARICATA DI UN PUBBLICO SERVIZIO

Anche l'articolo 358, nel definire la qualifica di incaricato di pubblico servizio, accentua il profilo funzionale-oggettivo, eliminando ogni riferimento al tipo di rapporto tra lo Stato o altro Ente Pubblico ed il soggetto che presta il servizio: esso, dunque, pone l'accento unicamente sul dato oggettivo della prestazione, preoccupandosi di precisare il contenuto della nozione di pubblico servizio, ricorrendo ad un connotato positivo e ad uno negativo.

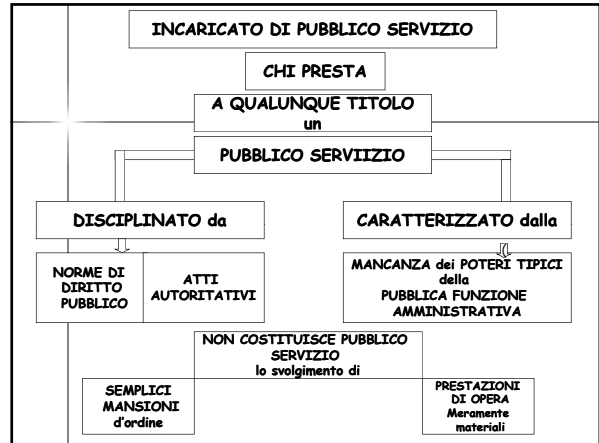
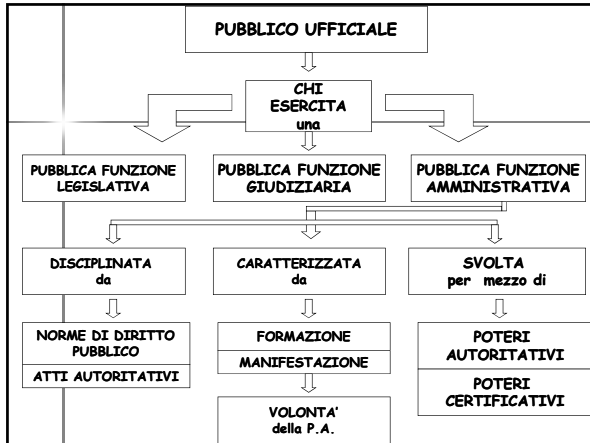
Il servizio, infatti, per definirsi "pubblico" deve essere disciplinato da norme di diritto pubblico, ma, rispetto a quello di pubblica funzione, il concetto di "servizio" resta una "nozione residuale", perché caratterizzato dalla mancanza di quei poteri di natura deliberativa, autoritativa e certificativa, tipici della pubblica funzione.

Art. 359 c.p.

Persone esercenti un servizio di pubblica necessità

«Agli effetti della legge penale, sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità:

- 1) i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi;
- 2) i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della Pubblica Amministrazione»



E' importante comprendere come il concetto di Pubblica Amministrazione possa essere inteso, in diritto penale, secondo due differenti accezioni:

> nel *senso più ampio* comprende tutte le pubbliche funzioni imputabili allo Stato o ad altro Ente Pubblico;

> in *senso più ristretto* si identifica con la mera funzione amministrativa, cioè con gli organi preposti all'esercizio della funzione medesima.

Il codice del 1930 utilizzava questo termine nel primo senso, poiché esso, per quanto attiene ai reati compresi nel presente titolo, viene assunto nel senso più ampio e comprensivo dell'intera attività dello Stato e degli altri Enti Pubblici.

Con le norme riflettenti i delitti contro la Pubblica Amministrazione viene tutelata non solo l'attività amministrativa in senso stretto ma, sotto un certo aspetto, anche quella legislativa e giudiziaria.

Invero la legge penale, in questo titolo, prevede e persegue fatti che impediscono o turbano il regolare svolgimento dell'attività dello Stato e degli altri Enti Pubblici.

Omissione di atti di ufficio

Art. 328 c.p.

"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno e con la multa fino a lire due milioni. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa"

La nuova conformazione legislativa dell'art. 328, quindi, tipicizza due diverse fattispecie, prevista rispettivamente al I ed al II comma.

Nella prima ipotesi di reato, la condotta incriminata consiste nel rifiuto di compiere atti di ufficio "qualificati": più precisamente, atti di ufficio che devono essere realizzati "senza ritardo" in vista di obiettivi normativamente specificati, e cioè "per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità".

La condotta penalmente rilevante, in quanto incentrata sul solo rifiuto, presuppone una preventiva richiesta di adempimento, che può provenire da un privato, ma anche da un altro funzionario pubblico o da un superiore gerarchico.

Il rifiuto deve essere "indebito", ovvero deve essere presente un cosiddetto "requisito di illiceità speciale", che tende a delimitare la rilevanza penale a quelle sole forme di diniego di adempimento che non trovano alcuna giustificazione plausibile alla stregua delle norme amministrative che disciplinano i doveri di agire.

La scelta legislativa di incriminare, nel I comma, solamente il *rifiuto* ha destato in molti Autori notevole perplessità. E' infatti difficilmente ipotizzabile una preventiva richiesta perché il pubblico ufficiale sia tenuto a compiere atti urgenti per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica o di igiene e sanità: piuttosto, l'obbligo di intervenire tempestivamente scatterà, in molti casi, a prescindere da sollecitazioni esterne, per cui il disvalore penale dell'inadempimento dovrebbe consistere nella mera omissione dell'atto in questione.

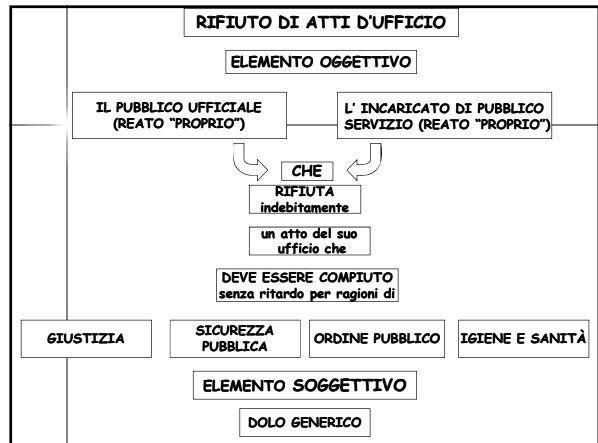
La seconda ipotesi di reato, configura un *delitto di messa in mora*: fuori dei casi previsti dal I comma, è punito il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che *entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo*.

Nel delitto di omissione di atti di ufficio il dolo è generico: Generico quando è sufficiente la sola previsione e volontà senza ulteriori fini specifici (omicidio doloso).

Specifico quando richiede un fine particolare (omicidio doloso ai fini di eredità).

Trattandosi di una condotta omissiva, esso richiede la conoscenza dei presupposti del dovere di attivarsi.

Conformemente alla nuova strutturazione della fattispecie incriminatrice, è dunque necessario che il pubblico ufficiale si rappresenti mentalmente le due situazioni tipiche previste nei due commi: è cioè necessaria la consapevolezza, rispettivamente, delle ragioni (giustizia, sicurezza, igiene, sanità) che qualificano l'atto di ufficio da compiere (art. 328 comma 1) o della richiesta di adempimento formulata dall'interessato (art. 328 comma 2).



<p><i>I delitti contro la Pubblica Amministrazione</i></p>
<p>Il Titolo VII del Libro Secondo del codice penale disciplina i delitti contro la fede pubblica ed è suddiviso in quattro capi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Falsità in monete, in carte di pubblico credito ed in valori di bollo (artt. 453-466 c.p.) ■ Falsità in sigilli o strumenti o segni di autenticazione, certificazione o riconoscimento (artt. 467-475 c.p.) ■ Falsità in Atti (artt. 476-493 bis c.p.) ■ Falsità personale (artt. 494-498 c.p.)

<p>Il Puccini definisce il "certificato medico" come <u>l'atto scritto che dichiara conformi a verità fatti di natura tecnica, di cui il certificato è destinato a provare l'esistenza.</u></p>
<p>Il Gerin lo ha definito come <u>l'attestazione scritta di un fatto di natura tecnica destinato a provare la verità.</u></p>
<p>L'etimologia di certificato e certificazione è da riportare ai termini latini di "certus" (certo) e "facere" (fare) per cui il Giusti sottolinea come non vi sia alcun dubbio "nel ritenere che ciò che qualifica e caratterizza il certificato è l'attestazione di verità che esso presuppone".</p>
<p><u>In tal senso si deve affermare che "per il medico tale concetto di verità non potrà altro che corrispondere esattamente a quanto sia da lui obiettivamente e quindi clinicamente constatabile".</u></p>

<p>Per aversi un certificato autentico che attesti la verità di un fatto giuridicamente rilevante occorrono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ una <u>scrittura</u>, stilata a mano o con mezzi meccanici che utilizzino inchiostro indelebile; ➤ l'<u>autore</u> dell'attestazione, che risulti dalla sottoscrizione dell'atto, con le generalità e la qualifica del certificante; ➤ il <u>destinatario</u>, cui la certificazione è diretta, che risulta evidente quando l'attestato sia redatto nei moduli prestabiliti; ➤ la <u>data</u>, dalla quale risulti il tempo ed il luogo in cui il certificato è stato compilato. <p>I requisiti del certificato sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la <u>chiarezza</u>: <i>comprensibile e completo</i>; ➤ la <u>veridicità</u>: <i>conformità di quanto descritto con quanto direttamente constatato</i>.
--

<p>L'inquadramento penale di questi delitti è dato dagli articoli del Titolo VII (Dei delitti contro la fede pubblica) per i quali si vuole premettere il ricordo di come il certificato sia <u>atto pubblico quando redatto da un "pubblico ufficiale" (art. 357 c.p.) o da un "incaricato di pubblico servizio" (art. 358 c.p.) e scrittura privata quando redatto da un "esercente un servizio di pubblica necessità".</u></p>

	<p>In definitiva, in base all'articolo 2699 del Codice Civile, un atto pubblico è:</p>
	<p>"L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato".</p> <p>E la sua efficacia è stabilita dall'art.2700 per cui:</p> <p>"L'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti".</p>

	<p>Art. 476 <u>Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.</u></p>
	<p>Il pubblico ufficiale(357), che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni.</p> <p>Se la falsità concerne un atto o parte di un atto che faccia fede fino a querela di falso (c.c. 2699, 2700), la reclusione è da tre a dieci anni (483, 490, 492, 493).</p>

	<p><u>Interesse tutelato:</u> fede pubblica ed attitudine a nuocere; <u>Soggetto attivo:</u> pubblico ufficiale (o incaricato di pubblico servizio); <u>Oggetto materiale:</u> documento (atto pubblico o scrittura privata) e, cioè, qualsiasi atto che sia destinato a provare un fatto giuridicamente rilevante compiuto dal suo autore o da lui percepito, a documentare la regolarità degli adempimenti ai quali è obbligato - ovvero circostanze di fatto ad essi ricollegabili - o che, comunque, costituisca o concorra a costituire un diritto o un obbligo per la pubblica amministrazione o per privati;</p> <p><u>Elemento oggettivo:</u> contraffazione (relativa a fatti descritti nel certificato del tutto falsi) e/o alterazione (relativa a correzioni e variazioni su di un atto originale); <u>è l'integrazione della falsità materiale;</u> <u>Elemento soggettivo:</u> dolo.</p>
--	--

	<p>Atti pubblici sono, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> > la cartella clinica è un "atto di fede privilegiata" (2° comma art. 476); > registro operatorio; > certificato di constatazione di avvenuto decesso; > certificato di identificazione delle cause di morte; > i verbali delle Commissioni pubbliche; > certificati di idoneità psico-fisica alla guida. <p><u>Il reato di falso è di norma correlato con il reato di truffa.</u></p> <p><u>È esclusa la possibilità di concorso tra "falso materiale" e "falso ideologico".</u></p>
--	---

Art. 479
Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

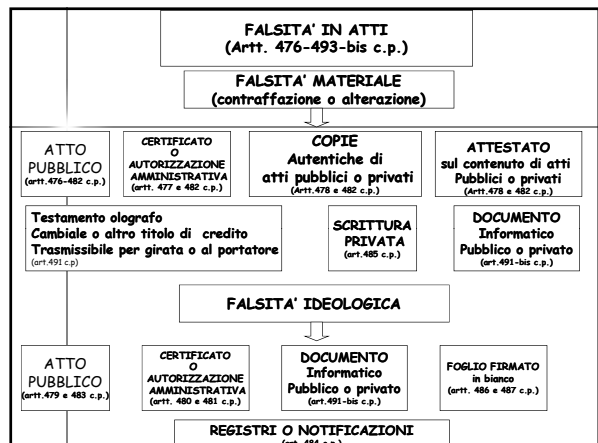
Il pubblico ufficiale (357), che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un atto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute comunque attesta falsamente fatti dei quali è destinato a provare la verità, soggiace alla pena stabilita nell'art. 476 (693). (da 1 a 6 anni; a fronte di querela di falso da 3 a 10 anni)

Art. 480
Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative.

Il pubblico ufficiale (357), che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni (493).

Art. 481
Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità.

Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da ... Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.



	<p>Per il Giusti la <u>falsità ideologica</u> si realizza quando la falsità ricade sulle <u>attestazioni</u>.</p> <p>Per il Puccini la <u>falsità ideologica</u> si realizza quando la falsità ricade sui <u>fatti</u> di cui il certificato è destinato a provare la verità.</p> <p>Nei certificati medici, pertanto, la <u>falsità ideologica</u> riguarda fondamentalmente la <u>diagnosi</u>.</p>

	<p>In tal senso si ritiene che la <u>falsità ideologica</u> è dimostrabile, fondamentalmente, <u>quando la patologia diagnosticata non sussista</u>.</p> <p>La fattispecie emerge solo quando il medico agisce con "dolo" dichiarando fatti di cui è consapevole che non sono rispondenti alla realtà.</p> <p>Diversamente si tratta di certificato "<u>erroneo</u>" quando il medico sbaglia in buona fede la diagnosi.</p>
--	--

	<p>Più difficile è - anche sul piano medico legale - inquadrare una <u>falsità ideologica</u> in relazione alla gradazione di una patologia comunque esistente ed alla sua prognosi.</p> <p>In questi casi - come afferma il Puccini - si perviene all'inquadramento dei <u>giudizi</u> che sono - e non potrebbe essere altrimenti - "un'opinione del tutto soggettiva del certificante (ad esempio in relazione alla prognosi di durata della malattia, ecc.), sui quali potrebbe divergere il parere di altri sanitari".</p> <p>In tal senso appare chiaro che tali "giudizi" non possono che essere direttamente correlabili alla "<u>professionalità</u>" ed alla "<u>correttezza</u>" di chi li ha espressi.</p>
--	--

	<p><i><u>L'ultima speranza per il medico è rappresentata da un accertamento sulla sua persona mirato all'esclusione della "imputabilità".</u></i></p>
--	---