

LUGARESI F.(*)

Dispensa dal servizio per motivi di salute ex art. 13 L 374/91 ed idoneità alla mansione ex art. 5 L 300/70: una questione di genere? L'esperienza della AUSL di Bologna nel biennio 2012-2013.

Lavoro presentato al XII Congresso Nazionale COMLAS. Bologna, 24,25 e 26 Ottobre 2013.
Paper presented at the XII National Meeting of COMLAS. Bologna, Italy, Oct. 24,25,26 2013.

Secondo Classificato al Premio Stefano Jourdan 2013.

**Dirigente Medico di Medicina Legale, U.O. Medicina Legale Centro, Azienda USL di Bologna*

Abstract: Failure of Physical and Psychical Evaluation for Public Workers and Gender Medicine implications. Gender Medicine, even if is a Medicine's quite young field, has a relevant role in the actual panorama whether for research and trial or for the healthcare services' supply. Even Legal Medicine, as other health's sectors, faces daily and effectively to results and consequences of "gender issue", not only as gender violence, but also during outpatient collegiate services as evaluation of complete and enduring inability to any fruitful job in accordance with the law 374/91, paragraph 13, or evaluation of specific job suitability for workers, not under compulsory health monitoring, in accordance with the law 300/70, paragraph 5. This analysis has its goal in highlighting the privileged observer's role of Legal Medicine in the National Healthcare System (SSN) because of various and different operating functions since the individual can be evaluated with an holistic approach including clinical effects and consequences due to the illness in the field of healthcare, retirement account, insurance and juridical by extension. Furthermore, Legal Medicine functions as a bridge not only between Medicine and Law, but also between Legal Medicine and Clinical Medicine. The analysis has been developed with the inspection of the files related to the applications available at AUSL Bologna's Legal Medicine Operative Unit; from these documents have been obtained statistical facts in the matter of women's peculiarity and pointed out the Bolognese sample-survey's features in terms of most common diseases and professions. These data have been compared to national ones and to collegiate determinations even for legal disability, benefits in accordance with the law 104/92, working disability, illness contracted on duty and "grave patologia" (literally translated into "serious illness" is a benefit provided by a few employment contract according to, in case of a serious illness -e.g cancer-, but is calculated in a special way). This sample survey's analysis has highlighted two gender violence's example and stressed, if necessary, the key role of Healthcare National System's

(SSN) Legal Medicine, as the specialist in Legal Medicine can manage users with a multidisciplinary approach.

Riassunto: La Medicina di Genere, pur essendo un ambito della Medicina relativamente giovane, ricopre rilevante importanza nel panorama attuale, sia per quanto riguarda la ricerca e la sperimentazione che la erogazione di prestazioni sanitarie ed assistenziali. Anche la Medicina Legale, come altre branche specialistiche, vive quotidianamente ed operativamente i riflessi ed i riscontri della “questione di genere”, non solo in relazione alla violenza di genere, ma anche durante lo svolgimento di attività collegiali ambulatoriali quali ad esempio le richieste di valutazione dello stato di inabilità totale e permanente a qualsiasi proficuo lavoro ai sensi dell’articolo 13 della Legge 374/91 e quella di idoneità specifica alla mansione per i lavoratori non soggetti all’obbligo di sorveglianza sanitaria ai sensi dell’articolo 5 della Legge 300/70. Il presente lavoro ha lo scopo di mettere in luce come la Medicina Legale operante nel SSN abbia, in ragione delle molteplici e differenti attività operative, un ruolo di osservatore privilegiato dato che può valutare l’individuo in modo olistico sia per quanto attiene la clinica che per quanto attiene le ricadute assistenziali, pensionistiche, assicurative e giuridiche in senso lato che le patologie determinano e svolga un “funzione-ponte” non solo tra Medicina e Diritto, ma anche tra la Medicina Legale stessa e le altre branche specialistiche. Per conseguire questo obiettivo si sono sottoposti a revisione i fascicoli relativi alle richieste pervenute presso la UO Medicina Legale dell’Azienda USL di Bologna estrapolando evidenze statistiche circa le peculiarità individuali delle donne che si sottopongono a questo tipo di accertamento ed evidenziando le caratteristiche del campione bolognese in relazione alle principali patologie sofferte dalle richiedenti, oltre alle categorie lavorative di appartenenza. Questi dati sono stati messi in relazione sia con i dati nazionali che con i giudizi espressi dalla commissione in relazione alla richiesta presentata ed all’eventuale riconoscimento di invalidità civile, benefici ex L. 104/92, invalidità INAIL, causa di servizio e riconoscimento della grave patologia. L’analisi di questo campione ha permesso anche di evidenziare la presenza di casi di violenza di genere sottolineando, se ce ne fosse bisogno, come l’attività del Medico Legale che opera nel SSN costituisca un ruolo chiave nella gestione multidisciplinare dell’utenza.

Negli ultimi anni sta suscitando sempre maggior interesse tra gli esperti del settore sia a livello operativo che istituzionale-legislativo quella che viene considerata una nuova disciplina della Medicina, la Medicina di Genere. Si tratta in realtà non tanto di una disciplina a sé stante, quanto di un approccio metodologico differente che si basa sulla individuazione e sullo studio delle differenze e delle somiglianze che intercorrono tra uomo e donna sia dal punto di vista funzionale e biologico che da quello psicologico, comportamentale e culturale, in considerazione delle diverse tradizioni etniche, religiose, educative, sociali ed occupazionali. Era infatti opinione diffusa e consolidata che le

patologie relative al genere fossero unicamente quelle legate all'apparato riproduttivo/ginecologico, per cui veniva utilizzato in modo alternativo il termine genere ed il termine sesso. Al contrario, il concetto di genere è un determinante della salute assai più ampio ricomprendendo al suo interno le differenze legate al contesto culturale, sociale ed anche biomedico. In altri termini, la salute in un'ottica di genere deve sì considerare il ruolo esercitato dal dato puramente biologico, il sesso, ma anche quello svolto dal genere, come le condizioni di vita, di lavoro, comportamentali, culturali, etniche, sociali, educative. È solo nel 1991 che per la prima volta viene menzionata "la questione femminile" quando Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica degli Stati Uniti (NIH) denominò su una autorevole rivista scientifica *Yentl Syndrome* (dal racconto dello scrittore ebreo Isaac Bashevis Singer) l'atteggiamento discriminatorio con cui i cardiologi valutavano le pazienti donne. Da quel momento lo stesso NIH statunitense e la Food and Drug Administration emanarono una serie di raccomandazioni perché venisse posta la debita attenzione al problema della salute delle donne. Successivamente anche l'OMS ha ribadito l'importanza di dare la priorità alla salute della donna secondo un principio di equità⁴⁵ (Equity Act) in termini di accesso alle cure, adeguatezza ed appropriatezza della assistenza secondo il proprio genere. Diversi anni dopo l'articolo di Bernardine Healy sono iniziate sperimentazioni cliniche farmacologiche riservate alle sole donne e sono stati istituiti insegnamenti universitari di medicina di genere. A livello nazionale l'Istituto Superiore di Sanità nel 2007 ha intrapreso un Programma Strategico Nazionale dal titolo: "*La medicina di genere come obiettivo strategico per la sanità pubblica: l'appropriatezza della cura per la tutela della salute della donna*" con lo scopo di delineare i criteri di progettazione e sviluppo della Sanità Pubblica tenendo conto delle differenze di genere, tutelare la salute della donna e produrre specifiche linee guida per l'appropriatezza della cura. E' quindi patrimonio oramai comune di molti clinici che alcune tra le patologie a maggiore prevalenza nella popolazione mostrano significative variazioni uomo-donna in termini di incidenza, presentazione clinica, dosaggio e risposta alla terapia farmacologica ed outcome a breve e lungo tempo.

Anche la Medicina Legale del SSN si confronta quotidianamente con "questioni di genere" non solo in ambiti prettamente "femminili" come la violenza di genere (dalla bambina alla grande anziana) e le mutilazioni genitali femminili,

⁴⁵ Informazione disponibile al sito <http://www.retepariopportunita.it/DefaultDesktop.aspx?doc=3515> consultato il 30 settembre 2013.

ma anche durante la attività certificativa collegiale ambulatoriale in ambito di invalidità civile, riconoscimento dei benefici ex L. 104/92, L. 68/99, revisione/rinnovo della patente di guida presso la CMLP, riconoscimento ex art. 13 L. 374/91 e ex art. 5 L 300/70. La specifica competenza del medico legale, che unisce la preparazione clinica con gli aspetti giuridico-amministrativi, tramite un approccio multidisciplinare ed olistico mette in relazione la patologia con le sue ricadute in termini lavorativi, pensionistici, assistenziali e giuridici permettendo di confrontare i dati ottenuti con quanto in letteratura, di verificare la sensibilità del singolo operatore in relazione alla questione di genere e di ricavare dei suggerimenti per mettere in atto interventi che siano efficaci per raggiungere l'equità dei trattamenti in tema di salute, assistenza sanitaria e redistribuzione delle risorse economiche.

Il presente lavoro ha come oggetto lo studio e l'analisi dei fascicoli relativi agli individui di sesso femminile che si sottoposti nel biennio 2012-2013 (periodo di riferimento 01.01.2012-30.09.2013) ad accertamento collegiale ex art. 13 L. 374/91 ed ex art. 5 L 300/70 con lo scopo di osservare la distribuzione di alcune patologie e le ricadute che le stesse determinano sulle donne in termini di riduzione dello stato di salute e delle performance lavorative, oltre ad analizzare eventuali connessioni con le attività certificative collegiali relative alla disabilità. Ai sensi dell'articolo 13 della L. 374/91, il collegio medico istituito presso le ASL è competente per la valutazione dello stato di inabilità totale e permanente a qualsiasi proficuo lavoro nei lavoratori dipendenti di enti pubblici non economici. La commissione, integrata dal medico rappresentante della Cassa Pensioni, accerta la eventuale inidoneità ad utilizzare con profitto le energie lavorative residue in soggetti affetti da menomazioni psico-fisiche. Diversamente, l'articolo 5 della L. 300/70 (statuto dei lavoratori) stabilisce che *“il datore di lavoro ha la facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico”*; in questo caso il collegio medico della ASL presso cui ha sede l'azienda sottopone ad accertamento il lavoratore non soggetto all'obbligo di sorveglianza sanitaria. Nei 19 mesi oggetto della revisione sono stati effettuati 145⁴⁶ accertamenti su individui di sesso femminile (102 nel 2012 e 43 nel 2013); le donne costituiscono il 50% del numero totale di accertamenti ex art. 5 nel corso del 2012 (28 su 56) ed il 61,3% degli articoli 13 nello stesso anno (73 su 119); le proiezioni relative all'anno 2013 sostanzialmente confermano questo dato. Nella

⁴⁶ Il numero complessivo di accertamenti su cui verranno calcolati i successivi dati sarà tuttavia pari a 143, dato che nel 2013 è stato effettuato un accertamento ex L 461/01 ed una pratica è stata archiviata in quanto non di competenza (richiesta di revisione di un giudizio ex L. 335/95).

maggioranza dei casi (83%) si trattava di un primo accertamento; tra coloro che hanno effettuato più accertamenti nel 54% dei soggetti sono stati effettuati due accessi, nel 27% tre accessi e nel restante 4 o più accessi. Sempre in relazione all'anno in cui è stato effettuato l'accesso, è interessante notare che 13 individui si sono sottoposti ad accertamento sia nel 2012 che nel 2013 e di questi 2 hanno effettuato due accertamenti nel 2012 ed uno nel 2013. La ripetizione di una valutazione ex articolo 13 o articolo 5 va ricercata non solo nella temporaneità del giudizio espresso dalla Commissione, ma anche nel fatto che la nuova richiesta è forse spesso motivata dal mancato accoglimento dell'istanza del lavoratore; infatti, analizzando nello specifico i singoli giudizi si nota come nella metà dei casi il collegio abbia confermato il precedente giudizio, confermando la idoneità lavorativa e, nei casi necessari, le eventuali prescrizioni, mentre nel 15,4% dei casi vi sia stato una modifica in senso "migliorativo" del giudizio espresso. Nel complesso i giudizi sono stati, ex articolo 13, di idoneità a proficuo lavoro ed alla mansione della qualifica nel 29,4% (25 nel 2012 e 5 nel 2013); in 9 casi su 30 il richiedente è stato inviato al Medico Competente per la eventuale indicazione di prescrizioni alla mansione svolta. Il collegio ha espresso un giudizio di idoneità a proficuo lavoro e di inidoneità alla mansione della qualifica nel 22,5% dei casi (18 nel 2012 e 5 nel 2013), mentre è stato espresso un giudizio di assoluta e permanente inidoneità a svolgere proficuo lavoro nel 48,1% dei casi. Complessivamente, quindi, i giudizi di idoneità a proficuo lavoro (dati dalla somma delle idoneità a proficuo lavoro ed alla mansione della qualifica e delle idoneità a proficuo lavoro ma non alla mansione della qualifica) è di poco superiore al giudizio di permanente ed assoluta non idoneità. Per quanto riguarda i giudizi ex articolo 5, nella stragrande maggioranza dei casi (82,5%) il collegio ha espresso una valutazione di idoneità alla mansione, pur individuando nel 54,5% dei soggetti (12 nel 2012 e 6 nel 2013) la necessità di prescrizioni alla mansione. Analizzando maggiormente nel dettaglio il campione bolognese si può ricavare che si tratta di un gruppo di donne di nazionalità italiana (3 straniere su un totale di 130 donne) e che la decade di nascita maggiormente rappresentata (68%) è quella compresa tra il 1950 ed 1959, seguita (30%) da quella immediatamente successiva (1960-1969). Da questi dati si potrebbe quindi desumere come, pur in presenza sul territorio nazionale⁴⁷ di un elevato numero di donne straniere che lavorano (50,9% contro il 45,7% di italiane), solo una minima parte di queste effettua una valutazione

⁴⁷ Dati tratti dal rapporto: Donne in Italia, una grande risorsa non ancora pienamente utilizzata. I principali indicatori sulla condizione sociale ed economica delle donne e sulle criticità irrisolte della partecipazione femminile al mercato del lavoro. Italia Lavoro, 2012.

collegiale. Ciò potrebbe essere spiegato con il fatto che è ancora predominante la prima generazione di immigrati, quella per cui il lavoro è il principale motivo per emigrare; per questo, la mancanza dei requisiti previdenziali, unitamente alla necessità di mantenere una attività lavorativa, potrebbero essere dei fattori che limitano l'accesso a questo tipo di prestazioni. Non deve essere dimenticato che il 70,4% degli accertamenti è relativo all'articolo 13 ovvero ai dipendenti di enti pubblici non economici, mentre le straniere sono generalmente impiegate in attività al di fuori di questi ambiti. Tuttavia, le precedenti considerazioni possono essere difficilmente applicabili nel caso di specie, dato che, sempre secondo dati nazionali, solo nel Nord Italia (in cui si trova la regione oggetto della presente analisi) il tasso di occupazione delle donne italiane è superiore (57% versus 49,5%) a quello delle donne straniere; questo può essere spiegato non solo con il fatto che, in generale, le donne italiane del Nord del paese rappresentano storicamente una importante forza lavoro, ma anche con la considerazione che in questa parte d'Italia sono più numerose le donne straniere provenienti da alcuni paesi (ad esempio il Marocco) che si correlano ad un basso tasso di occupazione. Da ultimo, non va dimenticato che le donne bolognesi che si sottopongono a valutazione collegiale sono, nella stragrande maggioranza dei casi, "a fine carriera": si tratta di soggetti che hanno più di 30 anni di contribuzione e che hanno quindi svolto la maggior parte della loro vita lavorativa in un periodo in cui la presenza di donne straniere nel paese era assai esigua numericamente.

Venendo quindi a valutare la attività lavorativa svolta, si nota che quella maggiormente rappresentata (20%) è la mansione di operatore tecnico; all'interno di questa denominazione sono stati ricomprese le qualifiche di operatore tecnico all'assistenza ed ai servizi di supporto/sanitari/tecnici. Unendo questo dato numerico a quello relativo agli operatori socio-sanitari (OSS), si nota come il divario rispetto alle altre attività lavorative tenda ad aumentare, questo in ragione del fatto che si tratta di mansioni che determinano, in linea generale, un maggiore aggravio fisico specie su alcuni distretti corporei (rachide in toto, spalle, arti inferiori). Tale affermazione, ugualmente valida in relazione ad altre attività lavorative presenti in modo significativo nel campione in oggetto (portalettere ed infermieri), si pone in apparente contrasto con chi svolge attività di tipo maggiormente sedentario (impiegati amministrativi) che rappresentano il 18% del campione bolognese. Tuttavia, non deve essere dimenticato che anche i videoterminalisti sono oggetto di patologie del rachide e degli arti superiori a causa di posture fisse prolungate e dell'elevato numero di ripetizioni di alcuni movimenti. Maggiori indicazioni circa la correlazione tra numerosità del

campione ed attività lavorativa svolta verranno dalla analisi delle principali patologie sofferte dalle richiedenti nel prosieguo del lavoro. Sempre in relazione alla attività lavorative, è stato valutato l'ente di appartenenza delle richiedenti; risulta evidente che il settore Sanità rappresenta il primo per numerosità del campione con 55 dipendenti sul totale di 130 (42,3%), mentre l'Amministrazione dello Stato (Comune, Provincia, Regione, Ministeri) è il secondo gruppo per numerosità del campione, mentre sia le Agenzie per i servizi alla persona che le Poste costituiscono il 9% del campione. La maggiore numerosità dei dipendenti del settore Sanità e l'elevato numero di lavoratori con attività di bassa-media specializzazione (i medici infatti sono solo il 3% del totale) è da correlarsi sia al maggior impiego di forza lavoro femminile all'interno di questo settore su scala nazionale, sia al fatto che in questo ambito le donne sono state adibite storicamente a mansioni più assistenziali che operative (il fenomeno della presenza femminile nell'ambito delle professioni intellettuali mediche è abbastanza recente ed il superamento numerico nel rapporto donne/uomini è relativo alle fasce di età più giovani).

Di certo però il dato più interessante dell'analisi degli accertamenti collegiali ex articolo 13 ed articolo 5 è quello relativo al tipo di patologie sofferte dalla richiedente. Prima di addentrarci nei dati numerici occorre sottolineare che questa parte della analisi è stata particolarmente complessa non solo perché i fascicoli sono esclusivamente cartacei, ma anche perché non vi è alcuna standardizzazione nella elencazione/descrizione delle patologie. È stato quindi necessario leggere, oltre al giudizio della commissione, tutta la documentazione sanitaria esibita dalle richiedenti, oltre alle eventuali consulenze specialistiche che sono state richieste dal collegio come supplemento di documentazione; si è poi proceduto a raggruppare le patologie rilevate per apparati/funzioni (psichico, neurologico, ortopedico, respiratorio, cardio-vascolare, reumatologico, del ricambio, oculistico, otorinolaringoiatrico e patologie dell'ambito oncologico), a stratificare le risultanze in relazione al fatto che si trattasse di diagnosi unica o in associazione ed infine, sulla base delle diagnosi riportate, ad individuare i quadri più di frequente diagnosticati. Dalla analisi, condotta come sopra riportato, è emerso che l'ambito più spesso interessato è quello ortopedico: in totale sono stati individuati 72 diagnosi di patologie osteo-articolari, di cui 13 come unica diagnosi e 59 in associazione con altre patologie. I quadri clinico-strumentali più frequentemente riscontrati sono quelli a carico del rachide (ernie discali, protrusioni e bulging discali, artrosi, scoliosi) e degli arti superiori (sindrome del tunnel carpale); come precedentemente riportato, queste patologie ben si correlano sia con attività che determinano un gravoso e ripetuto impegno

funzionale del rachide (come avviene per gli operatori tecnici o gli OSS) sia con attività di tipo maggiormente sedentario in cui sono favorite sia le posture fisse obbligate che l'impegno funzionale altamente ripetuto dell'arto superiore (come ad esempio l'uso del mouse nei videoterminalisti). Il secondo gruppo di patologie sofferte dalle ricorrenti è costituito da patologie dall'ambito psichiatrico riscontrate in 68 pazienti (13 in unica diagnosi 54 in associazione con altre patologie); dalla analisi dei quadri diagnostici emerge che il disagio psichico si manifesta per lo più in forma depressiva e/o ansioso-depressiva con uno spettro di variabilità individuale che va dal "semplice" disturbo dell'umore o disturbo da attacchi di panico fino al disturbo bipolare. È da notare che tra i quadri patologici indicati vi sono anche casi di fibromialgia: essa rappresenta, all'interno di un gruppo di patologie che già di per sé viene considerato di pertinenza pressoché esclusiva femminile -nelle forme ansioso-depressive- una ulteriore patologia "di sesso" (leggasi femminile). A supporto di quanto affermato si ricorda come sia l'ISTAT⁴⁸ nei suoi rapporti sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" che i Medici di Medicina Generale⁴⁹ riscontrino tra i motivi di consultazione più frequenti degli studi dei MMG depressione ed ansia. Come ultima annotazione in merito si deve riportare che i disturbi afferenti alla sfera psichica sono assai frequentemente riportati come reattivi ad eventi personali quali lutti o vissuti di violenza ed a situazioni occupazionali-lavorative come stress da lavoro o disagio nell'ambiente di lavoro. Questa affermazione conferma come le malattie ed i problemi di salute siano influenzati da fattori non solo fisici, ma anche socio-economici e socio-politici, per cui il genere deve essere considerato come una variabile indipendente che agisce su causalità delle patologie, esiti degli interventi socio-sanitari e che influenza la salute collettiva, producendo disuguaglianze di salute e di assistenza tra uomini e donne. Proseguendo nella disamina dei quadri patologici sofferti, emerge come, in accordo con i dati nazionali e sopranazionali, le donne, specie durante la menopausa, siano colpite con sempre maggior frequenza da patologie un tempo definite di appannaggio esclusivamente (o quasi) maschile, quali infarto del miocardio ed eventi vascolari cerebrali maggiori; i dati di incidenza nella fascia di età 36-59 anni è del 5,7 per mille negli uomini e dell'1,7 per mille nelle donne, quella di eventi

⁴⁸ Si veda al sito <http://www.istat.it/it/archivio/7740> la presentazione della indagine relativa agli anni 2012-2013

⁴⁹ Informazioni tratte dall'articolo di Raffaella Michieli, Responsabile Nazionale Area Salute della Donna, Società Italiana di Medicina Generale disponibile all'indirizzo <http://www.ilsitodelledonne.it/wp-content/uploads/2011/03/medicina-di-genere.pdf>

cerebro-vascolari di 2,3 per mille negli uomini e di 1,4 per mille nelle donne⁵⁰. Nel presente lavoro sono stata riscontrate 16 diagnosi di patologie cardio-vascolari e 27 di patologie neurologiche secondarie ad eventi cardio-vascolari (esiti di ictus cerebri). I motivi dell'aumento dell'incidenza di queste patologie tra le donne devono essere ricercati, oltre al ben noto venir meno dell'effetto protettivo esercitato dagli ormoni femminili nella menopausa, anche in alcuni fattori squisitamente culturali, sociali ed economici, ad esempio l'uso della pillola anticoncezionale che costituisce un fattore di rischio aggiuntivo e la sindrome metabolica responsabile, secondo alcune stime⁵¹, del 50% di tutti gli eventi cardiovascolari della donna in menopausa. A ciò devono essere aggiunte condizioni ed eventi stressanti quali quelli che occorrono nella vita di una donna, specie se lavoratrice, e le "cattive" abitudini di vita ed alimentazione, in passato più comuni nel sesso maschile, quali ad esempio il fumo e l'uso/abuso di bevande alcoliche. Il verificarsi sempre più di sovente di questi quadri patologici ha, in tempi più o meno recenti, messo in difficoltà i medici per la scarsità di studi clinici circa l'impiego di alcuni farmaci nel paziente donna (considerata, per quanto attiene il dosaggio, come un uomo di piccola taglia ed adattando quindi la posologia al peso piuttosto che al sesso) ed anche per la mancanza di strumenti adeguati (le coronarie delle donne sono più sottili e gli stent in uso in passato erano tarati solo per vasi di maggiori dimensioni). L'importanza di un adeguato trattamento medico e chirurgico delle malattie cardiovascolari nelle donne rappresenta una priorità per il raggiungimento di uno stato di salute secondo standard di *equity* and *equality*, dato che in Italia le donne che muoiono ogni anno a causa di malattie cardiovascolari sono circa 120.000; a livello europeo è stato calcolato che il 43% delle morti sono causate da malattie cardiovascolari e questa è la prima causa di morte per la donna di età compresa tra 44 e 59 anni. Ciò avviene anche perché i sintomi nella donna sono generalmente più vaghi e, se non attentamente valutati, possono essere scambiati per segni/sintomi di patologie di altri apparati; inoltre la percezione del rischio cardiovascolare che i medici e le donne stesse hanno è di sovente sottovalutata. È interessante notare come all'interno del campione bolognese vi sia un numero rilevante di pazienti (14) con diagnosi -sempre in associazione con altre patologie- di sindrome metabolica ed altrettante di diabete; entrambe le patologie, oltre ad essere -secondo i dati nazionali- sempre più diffuse nelle donne, rappresentano fattori di rischio per la patologie cardio-vascolari. Per

⁵⁰ Dati tratti da SIC 2006, Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare – OEC.

⁵¹ Dalla relazione del dott. Franco Rusticani "Il cuore dell'uomo, il cuore della donna" presentata al convegno "Fare salute partendo dal genere" del 14 settembre 2013.

quanto attiene la sfera reumatologica (da sempre considerata, ad eccezione di alcune malattie quali la spondilite anchilosante, di pertinenza femminile) 10 richiedenti presentano una diagnosi in questo ambito (sempre in associazione con altre patologie): analizzando più nello specifico i quadri diagnostici si riscontra una netta prevalenza della artrite reumatoide, anche in associazione con altre patologie reumatologiche quali sindrome di Sjorgen e sclerodermia. Infine, non possono essere dimenticate le patologie di pertinenza oncologica; una diagnosi oncologica è stata effettuata in 23 pazienti (10 come unica diagnosi, 13 in associazione con altre patologie) e nella maggior parte dei casi si trattava di patologie della mammella. Secondo il registro dei tumori italiano⁵², dopo le malattie cardiovascolari, i tumori rappresentano la seconda causa di morte femminile con una incidenza di 120.000 casi/anno su tutta la popolazione femminile. Di questi 120.000, 38.000 sono tumori della mammella; appare quindi evidente l'importanza della rilevazione del fenomeno anche in ambito medico-legale per i risvolti sanitari, economici ed sociali di questa patologia. Quanto fin qui riportato, seppur relativo ad un campione limitato di pazienti, permette un raffronto con i dati ISTAT circa le condizioni di salute e l'accesso degli italiani ai servizi sanitari⁵³; questo confronto risulta particolarmente interessante perché nei dati nazionali vengono riportati non solo le malattie croniche più diffuse nella popolazione secondo il sesso, ma anche i riconoscimenti di invalidità. Per questo motivo si è proceduto a verificare, tra le 130 donne del campione bolognese, quante di esse avessero un riconoscimento di invalidità civile (e con quale percentuale), L. 104/92, oltre che eventuali valutazioni in ambito INAIL, causa di servizio (ai sensi dell'articolo 14 DPR 461/01) e riconoscimento della grave patologia (come previsto da alcuni CCNL). In totale 53 pazienti nel 2012 (62,5% del totale) e 28 nel 2013 (65,1% del totale) hanno un riconoscimento di invalidità civile e/o L. 104/92; in particolare la valutazione di invalidità civile è stata accompagnata da quella di L. 104/92 in 43 casi nel 2012, 24 nel 2013. Suddividendo i riconoscimenti in base alla percentuale risulta che nell'anno 2012 il maggior numero di giudizi ha percentuali ricomprese tra il 46 ed il 74% (24 casi), mentre altri 19 pazienti hanno avuto un riconoscimento superiore al 74% fino al 100% con indennità di accompagnamento. Al contrario, nel corso dell'anno 2013 il maggior numero di riconoscimenti è relativo a percentuali superiori al 74% (50%) mentre il 32,1% dei giudizi era tra il 46 ed il 74%. Per quanto riguarda invece i benefici ex L

⁵² Vedasi il rapporto 2008 all'indirizzo http://www.registri-tumori.it/cms/files/TumoriFemminili_2008Rev.pdf

⁵³ Per la consultazione in toto si rimanda al sito istituzionale dell'ISTAT all'indirizzo: www-istat.it

104/92, nel 2012 la maggior parte dei giudizi (72,1%) ha avuto come esito il riconoscimento di uno stato di handicap senza connotazione di gravità (art. 3 comma 1). Nel corso dell'anno 2013 i riconoscimenti di handicap senza connotazione di gravità sono stati 13 (54,1%), quelli di handicap con connotazione di gravità (articolo 3 comma 3) 11 (45,8%). Infine, nel campione esaminato le pazienti hanno dichiarato di avere un riconoscimento in ambito INAIL in 15 casi, una causa di servizio in 3 casi ed un riconoscimento di grave patologia in 2 casi. La ricerca e la valutazione dei giudizi di invalidità civile, INAIL, causa di servizio e grave patologia ricopre importanza medico-legale perché permette una valutazione più completa della situazione amministrativo-previdenziale di un individuo e porta a rilevare, oltre che eventuali difformità di giudizio tra le diverse commissioni giudicanti a parità di quadri patologici, anche il peso dell'impegno del SSN nei confronti di queste pazienti. Infatti, è noto che gli individui di sesso femminile oltre a recarsi di più rispetto agli uomini presso gli studi medici dei MMG, ricorrono più di frequente a prestazioni specialistiche ed assumono un maggior quantitativo di farmaci. Tuttavia, nonostante ciò, le donne, specie in età avanzata godono di uno stato di salute peggiore rispetto agli uomini per cui, pur avendo una aspettativa di vita migliore in termini di lunghezza della vita, il numero di anni vissuti con una salute percepita come buona o molto buona e quelli vissuti senza limitazioni nelle proprie attività sono minori per le donne rispetto agli uomini. Semplificando si può dire che le donne passano un numero sempre maggiore di anni della loro vita in cattive condizioni di salute. Questo implica maggiori costi da parte del SSN in termini di ricoveri ospedalieri o in strutture sanitarie, farmaci, esami strumentali e costi di gestione in genere sia in ambito ospedaliero che territoriale.

In conclusione, l'analisi dei fascicoli delle pazienti richiedenti una valutazione in ambito collegiale mostra che il campione bolognese si pone in linea con i dati nazionali in termini di prevalenza delle patologie sofferte dalle richiedenti e che queste determinano importanti ricadute funzionali sulla vita della donna giustificando in oltre la metà dei casi un giudizio collegiale di inidoneità a proficuo lavoro e/o alla mansione della qualifica, oltre ad un riconoscimento in ambito di invalidità civile, L 104/92, invalidità INAIL, causa di servizio, grave patologia.

Infine, si segnala che nel campione bolognese sono emersi due casi di violenza di genere: in un caso si trattava di una vittima di violenza da parte del marito originario del Nord Africa (per cui si era rivolta ad un centro antiviolenza per tutelare la propria persona ed il figlio minore). La signora, infermiera nel SSN,

era in carico ad uno psichiatra di fiducia che classificava il quadro psichico in un disturbo post-traumatico da stress, suggerendo anche una terapia farmacologia di supporto. Era presente un riconoscimento di invalidità civile pari al 35% per il disturbo post-traumatico da stress e la spondilodiscoartrosi. Il giudizio del collegio medico è stato di idoneità a proficuo lavoro ed alla mansione della qualifica suggerendo prescrizioni in ragione del quadro rachideo. Nel secondo caso si trattava di una vittima di un abuso sessuale subito in epoca infantile; non erano disponibili nel fascicolo ulteriori informazioni circa l'accaduto. Il quadro di sofferenza psichica sofferta era maggiormente invalidante e si era concretizzato in disturbo d'ansia generalizzato associato ad un disturbo disadattativo con umore depresso e ad un disturbo da somatizzazione. La signora, che svolgeva la propria attività lavorativa come impiegata amministrativa presso la Provincia, non aveva un riconoscimento di invalidità civile; il collegio medico l'ha giudicata inabile in via assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro.

Al termine del presente lavoro, i cui dati hanno dimostrato una prevalenza dei soggetti femminili che si sottopongono agli accertamenti ex articolo 13 ed articolo 5 rispetto agli individui di sesso maschile, pare evidente che il maggior ricorso a questo ufficio non possa essere semplicisticamente spiegato come una questione di "sesso debole", ma debba essere più correttamente inquadrato nel più complesso ambito della medicina di genere. Ciò che l'analisi svolta ha messo in evidenza, con una istantanea che fotografa una parte della attività di Medicina Legale del SSN, è la unicità del ruolo del Medico Legale all'interno delle Aziende Sanitarie e di come la multidisciplinarietà propria della sua formazione permetta, traendo spunto da una attività routinaria, di mettere in evidenza connessioni con altri settori operativi della Medicina Legale, evidenziare eventuali carenze/differenze tra questi, oltre a trarre ispirazione per modificare il proprio atteggiamento operativo, l'approccio alla paziente e suggerire una sempre maggiore integrazione tra clinici, medici legali e dirigenza delle Aziende Sanitarie al fine di migliorare la salute dei pazienti donna operando secondo principi di equità giuridico-sanitaria e di equality.