



La Segreteria Nazionale

www.siap-polizia.org

PROCEDURA PER RICHIESTA DI DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO DI INFERMITA' O LESIONI

APPROFONDIMENTO

Nel perseguire l'impegno a fornire qualificati servizi ai colleghi, di seguito un dettagliato approfondimento sulla procedura per la richiesta di dipendenza da causa di servizio per infermità o lesioni, corredata da schede suddivise per patologie traumatiche e non, più 5 allegati specifici.

- ⇒ Il personale della Polizia di Stato che ha subito una menomazione dell'integrità fisica per fatti di servizio, può presentare domanda per il riconoscimento della dipendenza all'ufficio di appartenenza.
- ⇒ Il termine per la presentazione della domanda è di **6 mesi** dalla data in cui si è verificato l'evento dannoso o da quella in cui ha avuto conoscenza dell'infermità o della lesione o dell'aggravamento, fatto salvo il trattamento pensionistico di privilegio.
- ⇒ Le domande devono indicare specificatamente **la natura dell'infermità o lesione**, riportare una dettagliata descrizione **degli aspetti del servizio** che l'interessato ritiene possano costituire causa o concausa delle infermità tale da consentire una compiuta valutazione del tipo di attività svolta indicando la qualità, la natura, le condizioni, l'eventuale carattere di esclusività, la prevalenza e l'occasionalità, i fattori di rischio specifici presenti nel servizio, nonché la loro ricorrenza qualitativa e quantitativa, la possibile presenza in servizio di situazioni e/o eventi straordinari rilevanti e, ove possibile, le conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale e sull'idoneità al servizio, allegando ogni documentazione sanitaria (certificazioni, cartelle cliniche) in possesso riferita all'infermità richiesta.
 - ◆ Nel caso di **"trauma in servizio"** occorre evidenziare la dinamica dell'evento e, se presenti, elementi probatori a dimostrare l'accaduto. Nel caso di lesioni conseguenti ad incidenti stradali, l'istante, che deve indicare se era conducente o passeggero, ha l'onere di documentare la sussistenza dei presupposti di legge attraverso, ad esempio, il verbale redatto dalle forze dell'ordine, il C.I.D., eventuali prove testimoniali, copia della quietanza risarcitoria assicurativa della controparte o altra documentazione probatoria.
 - ◆ Nel caso di **"incidente in itinere"** l'istante deve fornire ogni utile documentazione e nel rapporto predisposto dall'ufficio di appartenenza e sottoscritto dal dirigente deve risultare se:
 - il tratto di strada in cui si è verificato l'infortunio risulta nel percorso abi-



tazione-ufficio;

- la data e l'ora dell'infortunio sono coerenti con il servizio;
- la strada percorsa presenti rischi diversi da quelli delle ordinarie vie di comunicazione;
- il lavoratore è costretto ad utilizzare un mezzo privato per l'assenza di trasporti pubblici;
- le condizioni del servizio pubblico sono tali da creare rilevante disagio per il lavoratore.

⇒ Il **rapporto informativo** deve essere redatto utilizzando la scheda predisposta dal Comitato di Verifica (*vedi scheda di rapporto informativo allegata*) e deve riportare gli elementi caratterizzanti il servizio svolto dall'interessato **sin dalla sua prima immissione in servizio**, in modo che il Collegio sia reso edotto delle mansioni/attività svolte nell'intera carriera del richiedente.

⇒ Pertanto, gli Uffici devono provvedere, prima dell'invio:

- ◆ **alla raccolta dei rapporti informativi da tutti i reparti presso cui l'interessato ha prestato servizio;**
- ◆ alla verifica che questi siano stati compilati secondo la *scheda di rapporto informativo allegata* con l'indicazione **dell'intestazione dell'Ufficio, il periodo di servizio prestato in quella sede, nonché timbro e data di sottoscrizione del Dirigente dell'Ufficio stesso;**
- ◆ alla verifica che l'istanza dell'interessato riporti in maniera certa e visibile la **data di presentazione**, verificare che in calce al processo verbale della CMO siano presenti le **sottoscrizioni di tutti i componenti della Commissione;**
- ◆ ad inoltrare all'Ufficio VII Pensioni e Previdenza della Direzione Centrale per i Servizi di Ragioneria **la documentazione concernente esclusivamente l'istanza corrente**, evitando di trasmettere anche documenti relativi a precedenti istanze di riconoscimento dello stesso soggetto;
- ◆ **ad ordinare la documentazione** - in formato PDF - posizionando come primo foglio l'istanza e allegando la restante documentazione in senso logico e consequenziale;
- ◆ a notificare il dipendente, mediante invio in conoscenza allo stesso della nota di trasmissione, e gestione diretta da parte dell'Ufficio di appartenenza di ogni eventuale richiesta di accesso agli atti.

In allegato la *scheda di rapporto informativo* suddivisa per patologie traumatiche e non e 5 allegati concernenti:

1. ipertensione, cardiopatie e altre patologie derivanti da somatizzazione;
2. infermità generate dal sovraccarico della colonna vertebrale;
3. patologie interessanti gli arti superiori;
4. malattie di natura neoplastica;
5. riesame a seguito di parere espresso dal Comitato.



La *scheda informativa* generale con i dati anagrafici e di servizio del dipendente dovrà essere utilizzata per ogni istanza di riconoscimento o avvio d'ufficio.

Per le patologie traumatiche, come indicato in calce alla scheda stessa, non sarà necessario compilare alcun altro quadro successivo, mentre per le infermità, oltre alla scheda informativa generale, sarà necessario compilare le ulteriori schede di interesse al fine di fornire al Comitato di Verifica ogni utile elemento di valutazione.

- ⇒ La richiesta del beneficio **dell'Equo Indennizzo** deve essere **contestuale** al riconoscimento della dipendenza della causa di servizio, o in alternativa, entro **10 giorni** dalla comunicazione della trasmissione della pratica al Comitato di Verifica per le Cause di Servizio, oppure entro **6 mesi** dalla notifica del decreto di riconoscimento della dipendenza.
- ⇒ L'ufficio di appartenenza inoltra, alla Direzione Centrale per i Servizi di Ragioneria - Ufficio VII Trattamento Pensioni e Previdenza, tutta la documentazione amministrativa e sanitaria, comprensiva del verbale redatto dalla competente CMO.

Al fine di ogni utile approfondimento si rimanda alle seguenti circolari:

DPR 29/10/2001 n. 461 e s.m.i., circ. n. 333-H/N43 del 25/3/2002, circ. n. 333/H/N43 del 9/4/2014, circ. MEF-DCST-Prot. 86045 del 15/11/2021.

Roma, 16 Luglio 2024

S.I.A.P.P.



SCHEDA INFORMATIVA

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO e DATA di NASCITA: _____

QUALIFICA: _____

IN SERVIZIO DAL: _____

IN CONGEDO DAL: _____

PER PATOLOGIE TRAUMATICHE (Infortuni in servizio ed itinere)

1) In caso di trauma in servizio precisare la compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio:

2) In caso di incidente " in itinere" oltre alla compatibilità di tempo modo e luogo con il servizio, inviare inoltre copia del rapporto dell'organo di polizia intervenuto e gli atti definitivi eventualmente adottati dall'Autorità Giudiziaria:

N.B. per patologie traumatiche non è necessario compilare i quadri successivi

PER PATOLOGIE NON TRAUMATICHE

quadro A) Specificare in modo dettagliato l'incarico principale e le attività svolte effettivamente dal dipendente. Per ogni tipo di incarico (anche secondario ed ulteriore) vanno precisate dettagliatamente le mansioni svolte e le caratteristiche del servizio.

1) Attività: dal _____ al _____

2) Attività: dal _____ al _____

3) Attività: dal _____ al _____

4) Attività: dal _____ al _____

Quadro B) Descrivere in modo particolareggiato le condizioni dell'ambiente di lavoro, precisando la durata e le modalità secondo lo schema sottoindicato:

1) Attività svolte all'interno NO

SI Specificare quali _____

2) Attività svolte all'esterno NO

SI Specificare quali _____

Precisare in particolare:

a) a bordo di autoveicoli NO

SI Specificare KM annui (circa) _____

b) a bordo di motoveicoli: NO

SI Specificare KM annui (circa) _____

c) natanti e/o velivoli NO

SI Specificare quali _____

Specificare durata imbarco totale _____

Specificare ore aeronavigazione _____

d) altri mezzi: NO

SI Specificare quali _____

Specificare KM annui (circa) _____

3) Lavori a turni notturni (fascia oraria 22-5)

NO

SI Specificare: numero/anno _____ anni _____

4) Ore annuali medie straordinario _____

5) Descrivere situazioni lavorative in relazione con l'insorgenza della/delle denunciata/e patologia/e:

Patologia richiesta

Redatto questionario allegato:

INFORTUNI IN SERVIZIO

INFORTUNI IN ITINERE

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO ARTI SUPERIORI

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO COLONNA

IPERTENSIONE ARTERIOSA, INFARTO MIOCARDICO
PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E PATOLOGIE DA SOMATIZZAZIONE

MALATTIE ONCOLOGICHE

MALATTIE PSICHIATRICHE

PATOLOGIE RESPIRATORIE

RICHIESTA RIESAME

Luogo _____

IL COMANDANTE DI CORPO

ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

IPERTENSIONE ARTERIOSA, INFARTO MIocardICO, PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E PATOLOGIE DA SOMATIZZAZIONE (es. Gastriti, Coliti ecc)

Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base

COGNOME: _____ NOME: _____

QUESTIONARIO SULL'ATTIVITA' DI SERVIZIO SVOLTA DAL RICHIEDENTE

Nel periodo dal _____ al _____

A) responsabilità

- attività di servizio ordinaria con compiti esecutivi
- attività di servizio ordinaria con minima autonomia decisionale
- attività di servizio con autonomia decisionale moderata
- attività di servizio con autonomia decisionale di grado elevato
- attività di servizio con autonomia decisionale di grado molto elevato

specificare: _____

B) operatività

- modesta o nulla attività operativa
- discreta attività operativa
- notevole attività operativa
- attività ad elevatissima valenza operativa (reparti speciali, sommergibilisti ecc.) con frequente impiego in missioni all'estero o attività equiparabile

specificare: _____

C) turnazioni (indicare il numero di turni nella fascia oraria da mezzanotte alle 5 del mattino)

- assenza di turnazioni notturne
- sporadiche turnazioni notturne
- turnazioni notturne in numero di 20/anno
- turnazioni notturne in numero di 40/anno
- turnazioni notturne per almeno ottanta giorni lavorativi all'anno ai sensi del D.Lgs. n. 66/2003 per un periodo superiore ai due anni ma inferiore a 5 anni
- turnazioni notturne per almeno ottanta giorni lavorativi all'anno ai sensi del D.Lgs. n. 66/2003 per un periodo superiore ai 5 anni

specificare:

D) missioni all'estero o attività equiparabile

- nessuna missione
- missioni all'estero o attività equiparabile in misura inferiore a 3
- missioni all'estero o attività equiparabile in numero pari o superiore a 3
- missioni all'estero o attività equiparabile in numero pari o superiore a 5

specificare: _____

E) ulteriori elementi

Data _____

IL COMANDANTE DI CORPO

ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

PATOLOGIE DISCALI ED ARTOSICHE DELLA COLONNA VERTEBRALE

Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base

COGNOME: _____ NOME: _____

MANSIONE

- MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI (compreso utilizzo degli equipaggiamenti individuali)

PESO MEDIO MOVIMENTATO _____ DAL _____ AL _____

ESEGUITA CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA ALMENO NELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA MENO DELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

VIBRAZIONI E SCUOTIMENTI TRASMESSI AL CORPO INTERO (Servizio su automezzi, mezzi meccanici, natanti, aeromobili) dal _____ al _____

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE _____

ASSENTE

SORVEGLIANZA SANITARIA A CARICO DEL RICHIEDENTE EX TITOLO VI E TITOLO VIII D.LGS 81/08

PRESENTE

ASSENTE

Data _____

IL COMANDANTE DI CORPO

ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO ARTI SUPERIORI

Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base

COGNOME: _____ NOME _____

ATTIVITA'

- MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI (compreso l'utilizzo degli equipaggiamenti individuali)

PESO MEDIO MOVIMENTATO _____ dal _____ al _____

ESEGUITA CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA ALMENO NELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA MENO DELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

- VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO

dal _____ al _____

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE _____

ASSENTE

- SOVRACCARICO BIOMECCANICO PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI, MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE _____

ASSENTE

SORVEGLIANZA SANITARIA A CARICO DEL RICHIEDENTE EX TITOLO VI E TITOLO VIII D.LGS 81/08

PRESENTE

ASSENTE

Data _____

IL COMANDANTE DI CORPO

ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

PATOLOGIE ONCOLOGICHE

Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base

COGNOME: _____ NOME: _____

Mansione 1)

Attività svolta (breve descrizione) _____

Tipo (indicare con il codice: 1 = sostanza, 2 = preparato, 3 = sistemi, preparati e procedure)

- 1
2
3

Agenti chimici _____

N. CAS (riportare il numero corrispondente all'agente) _____

Valore (riportare il valore dell'esposizione così come indicato nella valutazione del rischio)¹

Metodo riportare i metodi di campionamento e analisi adottati _____

Tempo di esposizione (giorni/anno) _____

Data inizio esposizione _____

Data fine esposizione _____

¹ (1) - Ove la misurazione non fosse tecnicamente possibile indicare i quantitativi annuali di agenti chimici utilizzati o prodotti durante l'attività svolta.

Mansione 2)

Attività svolta (breve descrizione) _____

Tipo (indicare con il codice: 1 = sostanza, 2 = preparato, 3 = sistemi, preparati e procedure)

1

2

3

Agenti chimici _____

N. CAS (riportare il numero corrispondente all'agente) _____

Valore (riportare il valore dell'esposizione così come indicato nella valutazione del rischio²)

Metodo riportare i metodi di campionamento e analisi adottati _____

Tempo di esposizione (giorni/anno) _____

Data inizio esposizione _____

Data fine esposizione _____

Data _____

IL COMANDANTE DI CORPO

² (2) - Ove la misurazione non fosse tecnicamente possibile indicare i quantitativi annuali di agenti chimici utilizzati o prodotti durante l'attività svolta.

DETERMINA SU RIESAME (A CURA DELL' AMMINISTRAZIONE COMPETENTE)

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO e DATA di NASCITA: _____

QUALIFICA: _____

IN SERVIZIO DAL: _____

IN CONGEDO DAL: _____

A seguito delle osservazioni presentate dall'interessato corredate dai seguenti documenti ex Art. 10-bis L.241/90, le stesse:

NON possono essere accolte in quanto:

(barrare il caso che interessa)

- a) le osservazioni rese dall'interessato circa la tipologia del servizio sono state correttamente riportate sul rapporto informativo
- b) le osservazioni rese dall'interessato sono ininfluenti sulla procedura amministrativa e sul preavviso di rigetto
- c) altro _____

possono essere accolte in quanto con richiesta di riesame al CVCS in quanto:

(barrare il caso che interessa)

- a) le osservazioni rese dall'interessato circa la tipologia del servizio non sono state esaustivamente riportate sul rapporto informativo (si allega il relativo supplemento debitamente compilato)
- b) le osservazioni rese dall'interessato circa la riconducibilità causale dell'infermità richiesta al servizio svolto, richiedono ulteriori motivazioni da parte del CVCS (allegare se presente l'ulteriore documentazione sanitaria prodotta)
- c) le osservazioni rese dall'interessato giustificano l'interruzione della procedura amministrativa ed il riesame da parte del CVCS
- d) altro _____

Data _____

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO
