

Autorità: T.A.R. Venezia sez. I **Data:** 01/02/2010
n. 235

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Veneto
(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

Sul ricorso numero di registro generale 1369 del 2007,
proposto da:

[...OMISSIS...], rappresentato e difeso dall'Avv. Attilio De
Martin e

dall'Avv. Valentino Menon, con elezione di domicilio in
Venezia

presso la Segreteria della Sezione, à sensi e per gli
effetti

dell'art. 35, secondo comma, del T.U. approvato con R.D.
26 giugno

1924 n. 1054;

contro

Ministero della Difesa - Roma - (Rm), in persona del
Ministropro

tempore, costituitosi in giudizio, rappresentato e
difeso

dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato, domiciliataria ex
lege in

Venezia, Piazza San Marco n. 63; Comitato di verifica per le
cause di

servizio (Ministero dell'Economia e delle Finanze) - (Rm),
in persona

del Ministropro tempore, costituitosi in giudizio,
rappresentato e

difeso dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato,
domiciliataria ex

lege in Venezia, Piazza San Marco n. 63;

per l'annullamento

previa sospensione dell'efficacia,

del decreto n. 103/N adottato il 16 maggio 2007 dal Capo
Reparto 1

della Divisione II[^] della Direzione per la previdenza
militare

(Previmil) del Ministero della Difesa, recante la
dichiarazione di

non dipendenza da servizio dell'infermità contratta dal ricorrente;

nonché di ogni altro atto presupposto e conseguente, ivi segnatamente

compreso il parere reso al riguardo dal Comitato per la verifica

delle cause di servizio nella sua seduta n. 144/2006 dd. 21 settembre

2006.

Visto il ricorso con i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio del Ministero della Difesa -

Roma - (Rm);

Visto l'atto di costituzione in giudizio del Comitato di verifica per

le cause di servizio (Ministero dell'Economia e delle Finanze) -

(Rm);

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 8 ottobre 2009 il dott.

Fulvio Rocco e uditi per le parti i rispettivi difensori, come

specificato nel verbale di udienza;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

<http://www.iusexplorer.it.proxy.unimib.it/iusexplorer/PrintExportSend> Page 1 of 14

01/10/15 20:07

Fatto

FATTO e DIRITTO

1.1. Il ricorrente, [...*OMISSIS*...], espone di essere maggiore in quiescenza dell'Esercito, entrato in servizio nell'aprile del 1989 quale sottotenente di complemento, ed ammesso quindi alla rafferma biennale nel 1990 nel corso della quale ha conseguito il grado di tenente.

Il [...*OMISSIS*...], quale vincitore del concorso indetto con D.M. 8 giugno 1990, è stato quindi nominato sottotenente in s.p.e. nel Ruolo Speciale Unico delle Armi di fanteria, cavalleria, artiglieria e genio con anzianità assoluta 1 luglio 1992, venendo assegnato all'85 Reggimento Fanteria "Verona" con sede a Montorio Veronese (Verona).

Il [...*OMISSIS*...] è stato poi promosso in data 31 dicembre 1994 tenente in s.p.e..

Peraltro, nel corso dello stesso anno, durante un ricovero all'Ospedale Militare di Verona venne diagnosticato al [...*OMISSIS*...] un

grave"disturbo depressivo con atipie comportamentali".

A causa di ciò, l'attuale ricorrente venne collocato in convalescenza per lunghi periodi di tempo e venne pure ricoverato in strutture psichiatriche specializzate.

Tale patologia, secondo quanto affermato dal ricorrente, sarebbe stata riconosciuta come dipendente da causa di servizio dalla Commissione Medica Ospedaliera dell'Ospedale Militare di Medicina Legale di Verona mediante verbale mod. ML/AB n. 513 dd. 23 ottobre 1995, confermato con provvedimento del Ministero della Difesa n. 4442 dd. 30 gennaio 1996 - Direzione Generale Ufficiali Esercito - I[^] Divisione (cfr. pag. 3 dell'atto introduttivo del presente giudizio, con specifico riferimento a quanto trascritto nella parte "Ferite e Malattie riconosciute dipendenti da causa di servizio - Dati ematologici dei donatori volontari di sangue" dello Stato di Servizio: cfr. doc. 2 di parte ricorrente).

Il [...*OMISSIS*...], dopo un primo periodo di malattia, è comunque rientrato in servizio ricoprendo vari incarichi e venendo trasferito al Distretto Militare di Verona; egli è stato invero promosso al grado di capitano, ma ha alternato comunque periodi di ricaduta con altre crisi depressive e manifestazioni diverse dell'anzidetta patologia.

Per quanto qui segnatamente interessa, con nota Prot. n. 735/18/270/D dd. 16 ottobre 2003 il Capo Sezione Segreteria del Distretto Militare di Verona ha chiesto alla Commissione Medico Ospedaliera Distaccata di Verona "un controllo per visita di idoneità al servizio militare incondizionato" nei suoi riguardi, posto che il medesimo [...*OMISSIS*...], già collocato nella "Forza Assente" del Comando del medesimo Distretto, in data 19 luglio 2003, aveva ottenuto 90 giorni di licenza di convalescenza scaduti nella stessa data del 16 ottobre 2003, "... giorni di licenza fruiti nel quinquennio: 722; giorni da usufruire: 08"; con l'occasione veniva comunque ribadito che "allo stato degli atti l'infermità è SI dipendente da causa di servizio" (cfr. doc. 5 di parte ricorrente). Con verbale ML/B n. 6159 dd. 29 ottobre 2003 la Commissione Medica Ospedaliera Distaccata di Verona, facente capo al Centro Militare di Medicina Legale di Padova, ha formulato nei riguardi del [...*OMISSIS*...] il seguente "giudizio diagnostico: disturbo bipolare con pregresse manifestazioni psicotiche in trattamento farmacologico cronicizzato con anamnestiche frequenti e ripetute fasi di eccitazione maniacale. Quadro B. Giudizio di idoneità. Il Capitano [...*OMISSIS*...] è affetto dalle infermità/lesioni di cui 1) al giudizio diagnostico; 3) è non idoneo permanentemente ed in modo assoluto al servizio militare. Non idoneo ad essere reimpiegato nelle corrispondenti aree funzionali del Personale Civile del Ministero della Difesa, ai sensi della L. 28 luglio 1999 n. 266; 4) a disposizione dal 17 ottobre 2003. Riepilogo delle infermità giudicate ai fini della dipendenza da causa da servizio (anche da altri organi medico-legali): 1. Pregresso disturbo depressivo, attuale buon compenso psichico. Infermità/lesione: 1; dipendenza causa servizio:

SI ..."(cfr.ibidem, doc. 6).

In conseguenza di ciò, il [...*OMISSIS*...] è stato collocato in quiescenza a decorrere dal 29 ottobre 2003 con promozione al grado di maggiore (cfr.ibidem, doc. 7).

Il medesimo [...*OMISSIS*...] ha quindi chiesto in data 18 novembre 2003 l'erogazione della pensione privilegiata ordinaria e dei benefici economici spettanti per la dispensa dal servizio in relazione alla categoria dell'infermità attribuita.

L'Amministrazione della Difesa ha a sua volta acquisito il parere n. 144/2006 dd. 21 settembre 2006 del Comitato per di verifica per le cause di servizio, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, secondo il quale l'infermità "disturbo bipolare con pregresse manifestazioni psicotiche in trattamento farmacologico cronicizzato con anamnestiche frequenti e ripetute fasi di eccitazione maniacale" contratta dal

<http://www.iusexplorer.it.proxy.unimib.it/iusexplorer/PrintExportSend> Page 2 of 14

01/10/15 20:07

[...*OMISSIS*...] non sarebbe ascrivibile a causa di servizio, "trattandosi di psicosi endogena affettiva, a trasmissione prevalentemente ereditaria, caratterizzata da variazioni cicliche di episodi depressivi e maniacali e, come tale, non suscettibile di essere rapportata al servizio pur considerato in tutti i suoi aspetti, neppure sotto il profilo concausale efficiente e determinante; quanto sopra, dopo aver esaminato e valutato, senza tralasciarne alcuno, tutti gli elementi connessi con lo svolgimento del servizio da parte del dipendente e tutti precedenti di servizio risultanti agli atti"(cfr.ibidem, doc. 1).

A questo punto, in esito alla comunicazione di preavviso di rigetto della propria istanza di pensione privilegiata, il [...*OMISSIS*...] ha presentato in data 28 marzo 2007 al Ministero della Difesa - Direzione Generale per la Previdenza Militare (Previmil) - 1 Reparto - 2^a Divisione una memoria redatta à sensi dell'art. 10-bis della L. 7 agosto 1990 n. 241 come introdotto per effetto dell'art. 6 della L. 11 febbraio 2005 n. 15, dichiarando di non accettare quanto deliberato dal Comitato di Verifica per le Cause di Servizio e facendo "presente quanto segue: a) non ha mai sofferto in precedenza di alcuna forma di depressione e dichiara che in famiglia, fratello, sorella, genitori, nonni materni, patemi ed altre parentele, non una sola persona risulta abbia mai sofferto di tale patologia; b) qualora sofferente o fortemente predisposto a tali sindrome, ritiene non avrebbe potuto essere ammesso e superare le severe selezioni ai corsi per Ufficiali di fanteria, né avrebbe potuto superare brillantemente un corso Ufficiali ritenuto tra i più duri sia sotto l'aspetto fisico che psicologico (Fanteria assaltatori); c) l'origine della patologia si manifesta in piena estate del 1994 a seguito di un periodo di

forte stress e preoccupazioni perché gli venne attribuito "anzitempo" un incarico di grado superiore, senza avere avuto la possibilità di maturare la necessaria esperienza e senza avere avuto alcun affiancamento e indottrinamento. In pratica da S.Ten. Comandante di plotone reclute (circa 20 soldati), gli venne affidato il Comando di una compagnia (circa 250 uomini), normalmente comandata da un ufficiale con il grado di Capitano. Dell'insorgenza della patologia nessuno si era accorto e si pensò inizialmente ad uno stato di esaurimento e per questo si perse probabilmente del tempo prezioso. L'accertamento reale del male avvenne presso l'Ospedale Militare di Verona, nell'ufficio del Capo Reparto Neuropsichiatrico, allora Magg. Co.Sa.me. G. S. che ritenne necessario disporre con immediatezza il mio ricovero in ambiente specialistico (Alleg. 1 e 1A). Diagnosi alla dimissione: depressione reattiva; d) rientrato al Corpo, presentavo istanza per ottenere la dipendenza da causa di servizio dell'evento sofferto e, con p.v. mod. ML/AB nr. 513 del 23 ottobre 1995 della C.M.O. dell'Ospedale Militare di Verona, mi veniva riconosciuta la dipendenza da causa di servizio, per la quale venne emanata in tempi successivi la relativa determinazione Ministeriale con dispaccio n. 4442 in data 30 gennaio 2096 - D.G.U.E. - 4[^] Div. (Alleg. 2 e 2A); e) fino ai primi di Gennaio 1996 avevo, nel complesso, goduto di un discreto benessere psicofisico e la patologia sembrava avviarsi alla remissione; invece, per la seconda volta, fui designato ad un incarico di grado superiore: "Ufficiale al vettovagliamento di Reggimento" (Alleg. 3), incarico sempre ricoperto da Ufficiali Superiori (Magg. - Ten. Col.) e mai assegnato ad un Sottotenente, data la grande responsabilità sotto i diversi aspetti, di vettovagliare una forza di circa 1500 (millecinquecento) uomini. Inoltre, in detto incarico, sarebbe stato obbligatorio, un adeguato tempo di affiancamento / indottrinamento con personale esperto del settore e la frequenza di un corso di qualificazione prima dell'assunzione dell'incarico. In definitiva, a mio parere, è venuta a mancare quella sensibilità ed attenzione che richiedeva la mia situazione alla ripresa del servizio e dopo una "recidiva" della patologia, in via di consolidamento. Vi sono fondate ragioni che a causa di questo si sia ripresentata la "ricaduta" per la quale fu necessario il secondo ricovero. Diagnosi alla dimissione: episodio distimico (Alleg. 4); f) dopo questo secondo episodio nonostante la scrupolosa terapia farmacologica, sono andato incontro a ricadute periodiche e, con l'andare degli anni, sono diventate sempre più frequenti e ravvicinate. Molto frequenti erano le visite periodiche presso la C.M.O. di Verona per riacquistare di volta in volta la idoneità al servizio. La stessa C.M.O. ha potuto monitorare e valutare la evoluzione della patologia dall'origine con diagnosi da distimia - disforia etc.. fino a "disturbo bipolare grave" che con processo verbale n. 6159 del 29 ottobre 20.03 ha determinato il provvedimento di riforma e la mia non più idoneità al servizio permanente. Nel corso delle innumerevoli visite specialistiche cui mi sono sottoposto periodicamente

e privatamente mi è stato spesso riferito che fra le cause scatenanti del disturbo bipolare, tra l'altro, possono derivare dagli stessi farmaci antidepressivi somministrati, specie quando essi sono impiegati in dosaggi errati e/o massicci, è provato senza dubbio alcuno che essi possono innescare nel paziente manifestazioni maniacali. In pratica gli stessi farmaci possono provocare l'inversione della polarità dell'umore; g) attesto che la documentazione sanitaria dei Reparti di appartenenza e

tutti i verbali di visita rilasciati dalla C.M.O. di Verona (buona parte in mio possesso), riportano la "SI dipendenza da causa di servizio"; h) il Ten. Col. me. G. S., responsabile del servizio Psichiatrico dell'H.M. di Verona e membro della C.M.O. ha seguito da vicino l'evoluzione "negli anni" della malattia che è stata e continua ad essere un calvario continuo, fonte di sofferenza e danni inauditi, per me e per i miei familiari. 2. Meritano grande attenzione le ammissioni che le stesse case farmaceutiche produttrici di farmaci fanno nel riportare gli effetti indesiderati dei farmaci, nei foglietti illustrativi. In Alleg. 5 sono riportati in sintesi gli effetti indesiderati di alcuni farmaci da me assunti su prescrizione medica, a seconda del caso e dell'andamento della patologia. Dopo un'attenta lettura riconosco che sono aggredito dalla quasi totalità di questi effetti, quindi i benefici del trattamento farmacologico "sulla mia persona" sono da considerarsi di gran lunga inferiori agli effetti collaterali, quindi i farmaci anziché curare / alleviare, possono, in alcuni casi, essere la causa dell'aggravamento. Nulla sono valse le mie ripetute e insistenti segnalazioni a medici, specialisti ed Enti interessati. In Alleg. 6 la risposta fornita dal Ministero della Salute. Un rapporto dettagliato (esposto denuncia) è stato a suo tempo inviato anche alla Procura competente di Torino. 3. Per quanto sopra chiedo cortesemente la possibilità di: riesame della pratica da parte del Comitato di Verifica per le cause di servizio; conoscere i motivi per i quali il citato Comitato di Verifica non ha ritenuto di tener conto che l'evento morboso era già stato riconosciuto SI dipendente da causa di servizio, sin dalla sua prima insorgenza (1994) e sancita con dispaccio Ministeriale come riportato al precedente punto 1 d e risalente ad oltre 10 anni fa. 4. In corso di approntamento e di ricerca, altra documentazione sanitaria, dichiarazioni e/o testimonianze di ex colleghi e Superiori che mi riservo di inviare" (cfr. ibidem, doc. 8).

Nondimeno, con decreto n. 103/N dd. 16 maggio 2007 del Ministero della Difesa - Previmil - 1 Reparto - 2^a Divisione, Pos. n. 5.817/E, a firma del Capo del 1 Reparto predetto, l'infermità "disturbo bipolare con pregresse manifestazioni psicotiche in trattamento farmacologico cronicizzato con anamnestiche frequenti e ripetute fasi di eccitazione maniacale" non è stata riconosciuta dipendente da causa da servizio, "Visto il parere del Comitato di Verifica per le Cause di Servizio (posizione n. 21.480/05), reso nell'adunanza n. 144/06 del 21 settembre

2006, allegato in copia, che giudica l'infermità sopra citata NON dipendente da causa di servizio; visto che per la suddetta infermità è stata eseguita la procedura prevista dall'art. 6 della L. 11 febbraio 2005, n. 15, dalla quale non è emerso alcun altro elemento difforme o integrativo delle circostanze di servizio già valutate col cennato parere del Comitato di Verifica; considerato che, ai sensi del D.P.R. 29 dicembre 1973 n. 1092, il riconoscimento del diritto a trattamento privilegiato ordinario in favore di un militare è subordinato in primo luogo alla condizione che egli sia affetto da infermità delle quali il servizio sia stato causa unica, diretta ed immediata o --per lo meno-- secondo la costante giurisprudenza, concausa preponderante e necessaria".

1.2. Tutto ciò premesso, con il ricorso in epigrafe il [...*OMISSIS*...] chiede l'annullamento del decreto n. 103/N adottato il 16 maggio 2007 dal Capo Reparto 1 della Divisione II[^] della Direzione per la previdenza militare (Previmil) del Ministero della Difesa, recante la dichiarazione di non dipendenza da servizio dell'infermità da lui contratta; nonché di ogni altro atto presupposto e conseguente, ivi segnatamente compreso il parere reso al riguardo dal Comitato per la verifica delle cause di servizio nella sua seduta n. 144/2006 dd. 21 settembre 2006.

Il ricorrente deduce l'avvenuta violazione e non corretta applicazione dell'art. 10-bis della L. 7 agosto 1990 n. 241, cos' come introdotto dall'art. 6 della L. 11 febbraio 2005 n. 15, violazione e non corretta applicazione degli artt. 1 e 3 della L. 241 del 1990, difetto di precisa e puntuale motivazione riscontrabile nel parere endoprocedimentale del Comitato per la verifica delle cause di servizio à sensi del D.P.R. 29 ottobre 2001 n. 461, in necessaria comparazione con il contenuto degli accertamenti effettuati in via definitiva dalla Commissione Medica Ospedaliera di Verona nel 1995, con riferimento all'art. 12 del D.P.R. 461 del 2001, ecc esso di potere per insufficiente istruttoria, travisamento dei presupposti di fatto e della contraddittorietà manifesta con le precedenti determinazioni della P.A., violazione degli artt. 12 e 14 del D.P.R. 461 del 2001.

Il medesimo ricorrente chiede - altresì - che, ove reputato necessario, sia disposta una consulenza tecnica d'ufficio sulla dipendenza della propria infermità da causa di servizio.

2. Si è costituito in giudizio il Ministero della Difesa, concludendo per la reiezione del ricorso.

3. Con ordinanza collegiale istruttoria n. 79 dd. 31 luglio 2007 la Sezione ha disposto l'acquisizione agli atti di causa di copia del libretto personale ed il fascicolo sanitario del ricorrente.

4. Con successiva ordinanza collegiale istruttoria n. 105 dd. 10 ottobre 2007 la Sezione ha reiterato tale

richiesta, a fronte di taluni disguidi creatisi tra le diverse Direzioni del Ministero della Difesa al fine di adempiere all'incombente richiesto.

La richiesta istruttoria della Sezione è stata quindi ottemperata in data 14 - 17 novembre 2007.

5. Alla pubblica udienza del 5 giugno 2008 la causa è stata ulteriormente trattenuta per la decisione.

6. Con ordinanza collegiale istruttoria n. 175 dd. 5 novembre 2008 la Sezione ha reputato la necessità di ulteriori incombenzi istruttori, e ha pertanto a tal fine disposto che il ricorrente sia sottoposto a visita presso la Commissione Medica Ospedaliera costituita presso il Centro Militare di Medicina Legale di Padova, la quale, sulla scorta di tutti gli atti sin qui acquisiti al fascicolo di causa e in presenza alla visita di un medico consulente di fiducia del [...*OMISSIS*...], motivatamente si sarebbe pronunciata sulla dipendenza - o meno - da causa di servizio dell'infermità contratta dal ricorrente medesimo.

Anche il consulente di parte poteva depositare agli atti di causa una propria relazione.

La Commissione era comunque tenuta ad espletare l'incombente sopradescritto entro la data del 31 gennaio 2009.

7. In data 3 giugno 2009 la Commissione Medico Ospedaliera ha adempiuto all'incombente ad essa affidato depositando agli atti di causa il verbale modello BL/G - N ACMO087261 dd. 12 maggio 2009 redatto dal Dipartimento militare di medicina legale tipo A di Padova, nel quale si legge - tra l'altro - quanto segue: "Sintomatologia dichiarata: attualmente in terapia con En e Serenase al bisogno, Carbolithium 300 mg. 2*2/die e Zyprex 10 mg. 1*1/die . Seguito dal Servizio Psichiatrico di Verona all'estate del 2007. Riferisce primo episodio depressivo nel 1994, quello maniacale nel dicembre 1996. Riferisce richiesta di TSO mai completato con il ricovero per irreperibilità, durante una crisi ipomaniacale. Ultimo episodio maniacale, lo scorso dicembre 2008. Esame obiettivo e accertamenti clinici strumentali. Altro. Trattandosi di quesiti in tema di affezione psichiatrica, si decide di articolare l'indagine in più sedute, al fine di permettere anche la somministrazione di test ad ulteriore chiarimento del quadro clinico. Rispetto i termini concessi dal giudice amministrativo, si è reso necessario prolungare l'accertamento con ulteriori visite, a causa dell'avvenuto decesso del padre del ricorrente (5 febbraio 2009) e di sopravvenuti impegni di servizio del Presidente della Commissione Medica Ospedaliera. Test di personalità. - Egregio dottore, in data odierna ho visto il maggiore (riformato) [...*OMISSIS*...], in congedo, inviato dalla C.M.O. 1 con la motivazione di invio "vedi documentazione in visione presso la C.M.O." Si acquisisce al fascicolo copia dei documenti (sotto elencati). Dall'esame degli stessi e dai chiarimenti avuti con il Presidente della C.M.O. 1 sulla motivazione dell'invio emerge che questo sia legato all'ottenimento di una causa di

servizio dell'ex militare per "disturbo bipolare" a seguito di infermità per "Disturbo bipolare grave con pregresse manifestazioni psicotiche in trattamento farmacologico cronicizzato con anamnestiche frequenti e ripetute fasi di eccitazione maniacale". Si presenta sufficientemente lucido, orientato nello spazio e nel tempo, accessibile e collaborante. L'umore è lievemente basso. Il linguaggio risulta appropriato ai contenuti espressi, anche se logorroico, tono della voce lievemente innalzato. Discreta autocritica e adeguata aderenza alla realtà. Racconta che la sua carriera militare ha inizio nel 1989 con il corso ufficiali di complemento per poi in seguito vincere regolare concorso per effettivo. Percepisce ad oggi una "situazione drammatica" iniziata con un disturbo bipolare grave nel 1994 a seguito del quale ha effettuato numerose farmacoterapie e colloqui con psichiatri, a suo dire, senza benefici. Interpreta di soffrire del disturbo bipolare a causa di alcune negligenze o scorrettezze dell'Amministrazione militare (racconta che il Comandante gli avrebbe ordinato per due volte mansioni superiori alla propria posizione lavorativa allora ricoperta, causando preoccupazione, ansia, stress "traumi"). Sostiene infatti che il carico di responsabilità sia stato tale e sproporzionato rispetto alle proprie conoscenze da essere causa dei successivi ricoveri e convalescenze subiti e dell'esordio del disturbo di cui sopra. Nello specifico si focalizza sul fatto di essersi sentito "incompreso". Mentre dichiara che il primo episodio critico (definito dal paziente "primo trauma") si sia risolto discretamente, a seguito del ricovero presso la Casa di cura Villa Santa Chiara di Verona dal 4 al 20 agosto 1994, avendo poi ripreso il lavoro con un servizio meno impegnativo, il secondo episodio critico ("secondo trauma"), nel corso di circa 20 giorni di servizio, avrebbe a suo dire determinato una pesante ricaduta, dalla quale sostiene di non essersi più ripreso e colloca tale episodio nell'anno 1996. Racconta ora di alternare fasi depressive a fasi maniacali, recentemente più di lunga durata. Durante gli episodi di euforia, arriva ad attuare comportamenti disadattativi, pericolosi per la propria salute psicofisica e che possono ledere la propria immagine, ad es. vestirsi da donna, aiutare i barboni, compiere spese eccessive, inosservanza di

<http://www.iusexplorer.it.proxy.unimib.it/iusexplorer/PrintExportSend> Page 5 of 14

01/10/15 20:07

regole nella guida dell'auto, guai giudiziari etc. Durante gli episodi depressivi racconta di aver tentato talvolta, in passato, anche il suicidio. Nega di aver avuto problematiche di disadattamento e disciplinari prima dell'esordio dell'attuale disturbo. A seguito del congedo dal servizio militare spiega di accettare lavori molto umili, prima tramite il collocamento mirato per disabili fisici e psichici dell'U.S.L. di Verona come magazziniere (posto dal quale è stato licenziato a causa dei comportamenti disadattativi assunti durante gli episodi euforici) e

attualmente tramite S.I.L. (Servizi integrazione lavorativa) svolgendo servizi di pulizie in una cooperativa sociale. Conclusioni: emerge complessivamente un quadro con sintomi attuali di tipo depressivo e una descrizione del paziente quale compromissione della vita personale, relazionale ed affettiva, lavorativa e sociale. Vedasi comunque le conclusioni finali sul referto del test SCID-I (Dott. La psicologa, M. Z.). Data referto: 9 gennaio 2009. Organo accertante: CMML Padova. Test di personalità. Egregio dottore, in data odierna ho somministrato al Maggiore dell'Esercito in congedo e riformato [...*OMISSIS*...], l'intervista clinica strutturata SCID-I allo scopo di poter verificare la presenza di disturbi psicopatologici nell'Asse I. Elementi significativi della rassegna anamnestica: oltre a quanto già emerso dal colloquio iniziale, l'attuale problema del paziente risale, a suo dire, all'aprile del 1994. Prima dell'esordio della malattia, sostiene di aver subito dei "traumi" al lavoro (un primo nel 1994 con episodio depressivo e tentativo di suicidio e un secondo a suo dire nel 1996 con episodio euforico con aggressioni, e a seguito due rispettivi ricoveri avvenuti ad agosto 1994 e a fine gennaio 1996). La documentazione esaminata relativa ai precedenti clinici evidenzia episodio distimico fino a luglio 1996, poi assenza di disturbi psicopatologici in atto fino a maggio del 2001 in cui emerge un episodio disforico con turbe bipolari. Nella cartella clinica risultano prescrizioni farmacologiche dal 16 maggio 1998 al 25 giugno 2003 (alcune di dubbia attendibilità in quanto senza firma o non risulta individuabile il medico). Pertanto, il primo episodio maniacale risulterebbe di dubbia collocazione temporale. Il paziente sostiene di non essere stato curato attraverso la farmacoterapia in modo appropriato, affermando: "Si pensava che fosse un disturbo distimico"; di seguire attualmente una farmacoterapia di mantenimento; che negli anni si sono avvicinati gli episodi di crisi ("Prima avevo un pò di respiro, ora non più"); attualmente accusa sintomi di depressione. Conclusioni: premesso che è necessaria l'indagine psichiatrica complementare per una corretta definizione diagnostica, dagli elementi emersi dal colloquio, dalle risultanze del test MMPI-2 e dall'intervista SCID-I Somministrati, a mio parere si possono ipotizzare gli estremi per il disturbo bipolare (I), attualmente con episodio più recente di tipo depressivo e interepisodico- Nello specifico, l'intervista SCID-I orienta verso il disturbo sopra indicato, il test MMPI-2 evidenzia un quadro dove al momento della somministrazione la scala della depressione assume maggior rilevanza clinica con una tendenza più nevrotica anziché meramente psicotica ma con sintomi nel complesso di una certa gravità dal punto di vista della significatività clinica (scala clinica di base SC:66 e sottoscale SC2:65, SC3:69, SC4:69, SC5:65 e SC6:66). Un profilo come il presente (codice a tre punte 2-1.-3), inoltre, fa rilevare una scarsa motivazione al trattamento psicologico (psicoeducazione e/o psicoterapia) oltre ad essere descritto come un paziente dipendente o immaturo e di non sentire alcun controllo sui

propri sintomi. Dalla cartella clinica, nei molti anni di malattia, non sembra sia stato effettuato, se non nella riabilitazione psicosociale limitata nel tempo (dai certificati presenti nel corso dell'anno 2002), un costante e adeguato trattamento psicoterapico. Il paziente durante il colloquio avrebbe affermato: "Non ho bisogno di psicoterapia e non l'ho mai fatta". Consegno la documentazione alla CMO1 e resto a disposizione per eventuali chiarimenti. Saluto cordialmente (Dott. La Psicologa M. Z.) - Data referto: 20 gennaio 2009. Organo accertante: CMML Padova. Visita psichiatrica - Si presenta lucido, accessibile, orientato nel tempo e nello spazio. Il comportamento è connotato da una certa difficoltà a trattenere l'ansi. Il tono dell'umore è connotato da sentimenti di perdita e da pessimismo, associato dal soggetto alla cronicità del disturbo psichico e alla gravità dei sintomi pregressi, l'ideo-percezione non appare disturbata, il pensiero tuttavia appare rigido. Anamnesi psichiatrica familiare riferita negativa. Anamnesi psichiatrica personale: nel 1994, esordio di disturbo bipolare grave con manifestazioni psicotiche che il soggetto attribuisce ad un eccessivo carico lavorativo nel ruolo di capitano. A tutt'oggi è ancora in trattamento. Il soggetto ricorda due ricoveri psichiatrici e molte consulenze nel tentativo, mai completamente realizzato, di identificare una cura che tenga sotto controlli il periodico riacutizzarsi della sintomatologia, sia in senso depressivo che maniacale. Vede i dettagli anamnestiche nei referti dei colloqui psicologici allegati. Presenta due certificati: MMG dott. G. Canton, datato 13 gennaio 2009: "Affetto dal 1994 da depressione con sbalzi di umore, seguito da psichiatri, attualmente in trattamento con Carbolithium e Zyprexa". Dott. G. M. (DSM U.L.S.S. 20 Verona), datato 14

gennaio 2009, diagnosi di "Disturbo bipolare" e descrizione delle difficoltà psicosociali e adattative degli ultimi anni. Nel testo si ribadisce la necessità di trattamento psicofarmacologico continuativo (Olanzapina e Carbolithium) e si suggerisce la nomina di un amministratore di sostegno in considerazione delle pregresse, gravi crisi maniacali nel corso delle quali il soggetto ha perduto molto denaro e contratto debiti. I test applicati hanno confermato una condizione psichica compromessa. Conclusioni: Disturbo bipolare grave tuttora in trattamento con neurolettico e stabilizzazione del tono dell'umore (Dott. G. M.) - Data referto: 23 marzo 2009. Organo accertante: CMML Padova. Relazione medica - Egregio Dottore, in data odierna ho somministrato il test MMPI-2 al Maggiore dell'Esercito in congedo [...OMISSIS...], riformato. Risultanze del test: Le scale cliniche o di base rilevano delle elevazioni nelle seguenti scale, ad indicare: D:85 ritirato, sopraffatto da problemi, assillato da idee di morte e di suicidio, scoraggiato; HS:84 deliri schizzoidi e bizzarri; HY:82 altamente suggestionabile e disinibito; PT:74 insicuro, preoccupato, con timori di fallimento; SC:66 comportamenti bizzarri, confusioni sulla propria identità e difficoltà di concentrazione e

pensiero. Le scale superiori mostrano i seguenti punteggi ad indicare: MT:78 scarso adattamento e pessimismo; PK:72 e PS:69 disturbi del sonno, depressione ed altri sintomi caratteristici del PTSD; O-H:68 ostilità ipercontrollata con manifestazioni di possibili risposte aggressive esagerate senza provocazione esplicita, sebbene tale punteggio non sia diretto indicatore di un comportamento suscettibile di acting out; R:67 sottomissione; A:65 ansia e incapacità di prendere decisioni senza esitazioni e incertezze. Inoltre, risultano clinicamente significative le seguenti scale: DO:30 ad indicare sottomissione, sfiducia in se stesso (confermati anche dal punteggio GM:33) e senso di inadeguatezza; ES:30 ad indicare un certo disadattamento e mancanza di fiducia in se stesso. Le scale di contenuto evidenziano: DEP:78 pensieri significativamente depressivi; WRK:74 comportamenti o atteggiamenti che contribuiscono a prestazioni lavorative scadenti; HEA:72 diversi sintomi somatici; ANX:68 sintomi generali di ansia; TRT:67 atteggiamenti negativi verso i medici e nei confronti di trattamenti riguardanti la salute mentale. Le sottoscale di Harris e Lingoes evidenziano i seguenti punteggi significativi: D2:89 rallentamento psicomotorio; D3:85 disfunzioni fisiche; D1:81 depressione soggettiva (mancanza di fiducia e sensazione di disagio); D5:73 rimuginazione; D4:70 inefficienza mentale; HY3:85 stanchezza - malessere; HY4:67 disagio somatico; SC3:69 perdita di controllo dell'io, cognitiva (riferimenti di strani processi di pensiero, sensazioni di irrealtà, difficoltà di concentrazione e di memoria); SC4:69 perdita di controllo dell'io, conativa (sensazione che la vita è uno sforzo e possono essere depresse); SC6:66 esperienze sensoriali bizzarre; SC2:65 alienazione emozionale (riferimenti di sensazioni di paura, depressione e apatia); SC5:65 perdita di controllo dell'io, mancanza di inibizione. Le sottoscale SI (introversione sociale) mostrano: SI3:70 alienazione personale e sociale (bassa autostima e mancanza di fiducia). Le categorie diitemcritici esaminati e rilevabili quali clinicamente significativi sono: stato di ansia acuta, ideazione depressiva suicidaria e sintomi somatici. Complessivamente il profilo mostra un'inclinazione negativa nelle scale di base (triade nevrotica > tetraide psicotica) e quindi una tendenza nevrotica, elemento avvalorato anche dall'indice lineare di Goldberg:31; sebbene il pattern lineare o di configurazione di Peterson (3) sia al limite tra le due tendenze, evidenziano che il profilo potrebbe essere nevrotico con sintomi di una certa gravità. L'interpretazione del profilo per pattern di codici mostra che si tratta di codice a tre punte (2-1-3) dove la scala D assume maggiore rilevanza clinica. Questi soggetti hanno spesso dei problemi cronici con sintomatologia mista. Multipli sintomi fisici, depressione sono tipici particolarmente se questa configurazione è molto elevata.- Queste persone hanno solitamente sintomi di stanchezza, ansia, scoraggiamento che impediscono loro di fare qualunque cosa nonché hanno poche motivazioni al trattamento psicologico. Sono

descritte come dipendenti e immature. Queste persone sembrano agire a bassi livelli di efficienza per lunghi periodi di tempo. Conclusioni: vedasi le conclusioni finali sul referto dell'intervista strutturata SCID-I (Dott. La psicologa, M. Z.) - Data referto 9 gennaio 2009. Organo accertante: CMML Padova. Relazione medica - Certifico che il Sig. [...OMISSIS...], nato a Bressanone (Bolzano) il 2 gennaio 1970 e residente a Verona in omissis è seguito dal ns. Servizio per "Disturbo Bipolare". Il primo contatto risale all'estate dello scorso anno è perché, in precedenza, era stato seguito dai Colleghi di S. Chiara ed ultimamente da un Collega di Treviso. Il Sig. [...OMISSIS...] alterna lunghe fasi di depressione ed eccitamento (prevalenti) intervallate da brevi periodi di benessere. Come accade spesso a queste persone, nei momenti di euforia non riesce a controllare i propri impulsi. Rischiando di danneggiare seriamente il proprio patrimonio e la propria onorabilità. Vive con la famiglia d'origine e percepisce la pensione che il Ministero gli conferisce avendo riconosciuta la causa di servizio per la patologia attuale. Si è avviata una collaborazione con

il servizio inserimento lavorativo dell'U.L.S.S. 20 per ottenere una sistemazione occupazionale che lo aiuti a conservare le capacità creative che mantiene e che vuole continuare ad esercitare. La terapia con neurolettici ed equilibratori dell'umore mitiga solo in parte le fasi di malattia conclamata e, per il momento, non riesce ad essere risolutiva. Ho suggerito l'opportunità della nomina dell'Amministratore di sostegno proprio per la delicatezza delle condizioni nelle fasi clamorose: la proposta pare essere stata accettata di buon grado dall'interessato che nei momenti di benessere coglie lucidamente i propri limiti ed i rischi cui va incontro (Dott. M. G.) - data referto: 1 febbraio 2009. Organo accertante: A.S.L. VR. Organo locale: Dipartimento di Salute Mentale - VR. Giudizio diagnostico: A) Grave disturbo bipolare in trattamento (inquadramento nosografico previsto da ICD9/O.M.S. di interesse statistico: Sindrome affettiva bipolare, non specificata. Giudizio Medico Legale. Il ricorrente è stato sottoposto, mediante più sedute, ad accertamenti psicologici e psichiatrici colloquiali e testistici, effettuati presso questa struttura dai consulenti civili strutturati e convenzionati (tale articolazione, comunicata al medico di parte, Dott. C. R., è stata condivisa senza riserve). La Commissione ha effettuato l'esame diretto del [...OMISSIS...], verificando i dati anamnestici di specifico interesse psichiatrico (vedi esame obiettivo): il confronto tra quanto raccolto dagli specialisti ed i dati a disposizione della Commissione, permette di inquadrare oggi il ricorrente come affetto da "Disturbo bipolare grave in trattamento": tale affezione si identifica con quella oggetto della doglianza del ricorrente. Per rispondere al quesito del Giudice, si rende necessario preliminarmente, richiamare alcune nozioni su tale forma psichiatrica. Secondo il DSM-IV-TR, (Manuale diagnostico e statistico

delle malattie mentali, ed. italiana del 2001), il Disturbo Bipolare (DB) comprende il Disturbo Bipolare I e il Disturbo Bipolare II. La caratteristica essenziale del DB I è un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più Episodi Maniacali od Episodi Misti; spesso gli individui hanno presentato anche uno o più Episodi Depressivi Maggiori. Il DB II invece, presenta come caratteristica essenziale, un decorso clinico caratterizzato da uno o più Episodi Depressivi Maggiori accompagnati da almeno un Episodio Ipomaniacale. Per la diagnosi di DB I (e di DB II), non contano gli Episodi di Disturbo dell'Umore indotto da sostanze (compresi medicinali od altri trattamenti somatici per la depressione, uso di droga, esposizione a tossine), o di Disturbo dell'Umore dovuto ad una Condizione Medica Generale (p.e. sclerosi, multipla, ictus, distiroidismo); inoltre gli episodi di alterazione dell'umore non risultano meglio spiegati da altre condizioni psichiatriche (Disturbo Schizoaffettivo, Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico non altrimenti specificato). Ma come si caratterizzano gli Episodi Maniacali, quelli Ipomaniacali o quelli Misti. L'Episodio Maniacale è caratterizzato da un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo od irritabile, della durata di almeno una settimana, cui si aggiungono autostima ipertrofica, diminuito bisogno di sonno, maggiore loquacità del solito, fuga delle idee, distraibilità, aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure agitazione psicomotoria, eccessivo coinvolgimento in attività ludiche ad alto potenziale di conseguenze dannose (eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati, etc.); tale sintomatologia è sufficientemente grave da causare marcata compromissione del funzionamento lavorativo, sociale abituale, delle relazioni interpersonali, o tale da richiedere l'ospedalizzazione. L'Episodio Ipomaniacale, invece, si caratterizza per la minore gravità, tale da non richiedere ospedalizzazione e per l'assenza di compromissione dell'ambito lavorativo, familiare, sociale. L'Episodio Misto, ovviamente, si caratterizza per la contemporanea soddisfazione dei criteri sia per l'Episodio Maniacale, sia per l'Episodio Depressivo Maggiore, per una durata di almeno una settimana. Ma quali sono i fattori etiopatogenetici in causa? La vulnerabilità per i Disturbi Bipolari ha basi patogenetiche complesse e multifattoriali. Tuttavia i fattori di rischio genetici hanno un ruolo di primo piano, seppure in stretta correlazione con i fattori di rischio ambientali. Studi genetico-epidemiologici, familiari e di adozione, hanno dimostrato un'ereditabilità per il DB (che rappresenta la componente genetica di un fenotipo multifattoriale) del 70-80% circa, con un rischio relativo nei parenti di primo grado di probandi bipolari 5-10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, e che sale addirittura a 45-75 volte nei gemelli monozigoti (Farmer et alia, 2007). Sulla base di tali dati che indicano chiaramente il ruolo centrale dei fattori di rischio

genetici nella patogenesi dei DB, gli ultimi vent'anni hanno visto l'affannosa ricerca dei geni di suscettibilità per il DB; sono emerse evidenze per un'associazione tra DB ed alcuni geni coinvolti nella plasticità sinaptica e nella neurotrasmissione di tipo glutammatergico e serotoninergico (Rotondo et alia, 2002 e 2008). Peraltro, la ricerca in questo settore è ancora agli inizi e deve confrontarsi con importanti problemi metodologico-concettuali: la trasmissione ereditaria del DB (e dei disturbi dell'umore in generale),

non segue il paradigma lineare delle malattie a trasmissione mendeliana un-gene-una-malattia: il fenotipo sintomatologico del DB è il risultato della interazione complessa e multifattoriale di vari geni fra di loro e con l'ambiente circostante. Ma quale ruolo riveste l'ambiente? Negli ultimi anni numerose ricerche hanno descritto un'influenza di eventi e situazioni di vita sul decorso, sulla gravità della sintomatologia e sugli esiti del disturbo. La natura di questa relazione non è però stata ancora del tutto chiarita. Esiste una fonte di potenziale distorsione nello studio degli eventi di vita ed è la presenza di distressor precedenti l'insorgenza del disturbo e che sono a loro volta un effetto delle prime manifestazioni subcliniche del disturbo stesso (cosiddetti eventi dipendenti). Gli studi che hanno valutato con interviste gli eventi di vita indipendenti e la loro intensità nell'ultimo anno, descrivono un impatto di questi sul decorso del disturbo (Johnson et alia, 2005); per esempio eventi gravi e negativi come lutti, malattie, perdite di ruolo importanti sembrano essere più frequenti (fino a 4 volte) prima di ricadute in pazienti con diagnosi di DB. Per quanto riguarda gli eventi stressanti dell'infanzia alcuni studi hanno descritto un pesante influenza degli abusi infantili sul decorso del DB, ed è stato ipotizzato che eventi stressanti accaduti nell'infanzia potrebbero alterare in modo permanente il sistema di risposta allo stress, sensibilizzando il soggetto agli eventi futuri; questo fatto porterebbe ad un esordio più precoce, ad un decorso più grave ed un esito più sfavorevole. Uno studio recente (Dienes et alia) ha dimostrato che pazienti bipolari con eventi stressanti gravi nell'infanzia presentavano ricadute a seguito di eventi recenti di gravità inferiore rispetto ai controlli. Da quanto esposto, si evince che a tutt'oggi non esiste realmente un'unica teoria etiopatogenetica, anche se tuttavia, i fattori plurigenetici descritti sembrano possedere senz'altro un ruolo preponderante nei confronti di quelli ambientali, in grado di influire, questi ultimi, soltanto sul decorso e sulla gravità della sintomatologia. Nel caso in esame, gli elementi ambientali descritti in atti, sono costituiti dal carico di responsabilità e di mansioni che il ricorrente, in servizio dal 7 aprile 1989, avrebbe avuto nel periodo dal 1994 al 1996 (quale comandante di plotone reclute prima, di Ufficiale addetto al vestiario poi, ed infine di Ufficiale addetto al Vettovagliamento). Il ruolo causale di detti episodi, alla luce delle teorie eziologiche esposte, non appare

significativo per avallare un rapporto causa-effetto tra servizio svolto ed affezione bipolare: né, d'altro canto, emergono dagli atti del fascicolo ulteriori eventi lavorativi di pregnante rilievo in tal senso. Fa eccezione quanto riportato dal Ten.Col. S. nella visita del 19 giugno 19/95 (verbale ML/AB 513 del 23 ottobre 1995) che tuttavia, nell'ipotizzare il rapporto causale tra quadro sintomatologico e sovraccarico lavorativo, fa riferimento ad una diagnosi clinica di "pregresso disturbo depressivo" non inquadrabile nella complessità della forma bipolare in esame. Si accenna brevemente che nel concetto di causalità di servizio, la concausa efficiente e determinate è stata ampiamente dibattuta dalla Dottrina medico-legale che ne ha affermato la pleonastica e ridondante sovrapposizione al concetto di causa. In risposta al quesito formulato, questa Commissione, all'unanimità, conclude per la non dipendenza da causa di servizio dell'infermità "grave disturbo bipolare" per assenza di nesso causale tra tale forma psichiatrica ed il servizio militare svolto dal ricorrente dal 7 aprile 1998 al 23 ottobre 2003, data del congedo per fisica inabilità".

Va - peraltro - evidenziato che su tale parere ha espresso dissenso il medico di fiducia del [...*OMISSIS*...], stilando in calce al modello le seguenti "Osservazioni: Il consulente di parte, dott. R. C., dissente dal giudizio della Commissione, e ritiene⁴ che i significativi eventi di servizio, già delineati nell'istanza di riconoscimento di dipendenza da causa di servizio presentata dal [...*OMISSIS*...] e ribaditi anche nel ricorso odierno, abbiano svolto un ruolo concausale efficiente e determinante nell'insorgenza della forma psichiatrica in esame, agendo su di una predisposizione individuale".

8. In data 16 settembre 2009 la difesa del [...*OMISSIS*...] ha prodotto, a sua volta, agli atti di causa una relazione del proprio consulente dott. R. M., Medico Chirurgo, Specialista - tra l'altro - in endocrinologia, in psichiatria forense nonché in terapia dei disturbi dell'umore, il quale riferisce innanzitutto di avere "in cura ambulatoriale il paziente dall'aprile 2004", il quale "è affetto da disturbo bipolare dell'umore esordito con un primo episodio a polarità depressiva nel 1994 quando venne ricoverato per la prima volta presso la Casa S. Chiara di Verona e dimesso con diagnosi di "depressione reattiva". Tale patologia è stata confermata, in particolare dal Primario del 2 Servizio Autonomo di Psichiatria di Verona, Dott. F. N., con relazione dd. 16 maggio 2001 ed è stata accertata anche dalla Commissione Medica Ospedaliera il 2 ottobre 2003 con Verbale n. 6159. Il lungo excursus psicopatologico del Sig. [...*OMISSIS*...] è quindi iniziato con un episodio depressivo reattivo al carico di lavoro stressante ed è continuato negli anni successivi con frequenti ricadute a prevalente impronta maniacale ed ipomaniacale con sconfinamento psicotico, interpretazioni deliranti della realtà,

comportamenti rischiosi, bizzarri che ne hanno invalidato totalmente la capacità lavorativa e la carriera militare (dal 29 ottobre 2003 è permanentemente non idoneo al Servizio militare per "disturbo bipolare"). [...*OMISSIS*...] non ha due patologie mentali, ossia da una parte la Depressione reattiva. e dall'altra il Disturbo Bipolare dell'Umore, ma un'unica grave malattia che un tempo era chiamata Malattia Maniaco - Depressiva che oggi. secondo il DSM - IV - R. pietra miliare per la nosografia psichiatrica internazionale, si chiama disturbo bipolare dell'Umore tipo 1 che è esordito con una fase depressiva. ma che ha poi avuto tantissime fasi maniacali e ancora depressive; si tratta quindi di un continuum psicopatologico. cioè di una malattia che ha una evoluzione, un andamento bifasico, bipolare, ossia quella stessa malattia che nel 1996 venne giustamente riconosciuta come dipendente da causa di servizio. E se lo era nel 1996 lo è ancora più oggi, in quanto l'escalation della malattia si è avuta proprio tra il 1994 ed il 2003 epoca in cui il paziente lavorava come militare, sottoposto alle tensioni. agli spostamenti che gli derivavano dallo stesso ruolo di comando che esercitava come ufficiale. Unica è la malattia dal 1994 a tutt'oggi. e una e unica è la terapia farmacologica che il paziente deve assumere continuamente per tutta la vita: stabilizzatori dell'umore (Sali di litio) associati a neurolettico atipico (Olanzapina), pena la ricaduta grave con episodi sia depressivi che maniacali".

Il consulente di fiducia del [...*OMISSIS*...] riferisce, quindi, i seguenti dati anamnestici: "[...*OMISSIS*...] è primogenito di 3 figli, nato a termine da parto eutocico con sviluppo psico - motorio nella norma. Il papà deceduto all'inizio del 2009 per K Intestinale metastatizzato. Era portatore di una grave cardiomiopatia dilatativa, ha lavorato come Colonnello nell'E.I.; la madre ha lavorato come insegnante elementare, ora è in pensione. Non vi sono tare neuro-psichiatriche nel gentilizio. Da sempre descritto come molto vivace, iperattivo. temerario, brillante, intelligente, vincente, ha conseguito a pieni voti l'Istituto Tecnico per il Turismo, era portato per le materie umanistiche e letterarie, ha studiato 3 lingue: tedesco, inglese, francese. Ha giocato per due anni a calcio distinguendosi per capacità, fino ad entrare nelle fila del Chievo, dovendo poi ritirarsi a causa della malattia. A 19 anni frequenta per sei mesi il Corso Ufficiali dell'E.I. a Cesano e subito viene assegnato ad una base militare interforze N.A.T.O. di Verona: sono anni di lavoro particolarmente stressante, di responsabilità. Si delineano le prime avvisaglie psicopatologiche con perdita del ritmo sonno veglia e di sbalzi umorali che però non vengono intercettati se non dalla madre, figura da sempre attenta e presente nel calvario della malattia del figlio. Terminata la ferma, vince il concorso ed entra in Servizio Permanente Effettivo nell'E.I. dal 1989. Non ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti né di alcool. Abitudini alimentari irregolari e dipendenti come il peso corporeo

dalle fasi della malattia bipolare. Non è sposato, ha avuto diverse relazioni sentimentali. alcune più significative. Attualmente single, vive in famiglia con la madre vedova da alcuni mesi ed il fratello più piccolo Marco, studente universitario. Recentemente il Dipartimento di Salute Mentale di Verona, dove ora è seguito, lo ha inserito in un lavoro impiegatizio di poche ore al giorno".

La relazione del dott. M. così prosegue:"Inquadramento diagnostico ed evoluzione psicopatologica. Siamo nell'estate del 1994 da diversi mesi il S. Ten. [...*OMISSIS*...] è sottoposto ad un carico lavorativo molto stressante e con notevole preoccupazione per la responsabilità in quanto gli viene assegnato"anzi tempo"un incarico di grado superiore, senza aver potuto maturare la necessaria esperienza e senza avere alcun affiancamento. In pratica da S. Ten. Comandante di plotone reclute (20 soldati). gli viene affidato il Comando di una Compagnia (circa 250 uomini). normalmente guidata da un Ufficiale con il grado di Capitano. La prima visita psichiatrica avviene il 3 agosto 1994 all'Ospedale Militare di Verona. nel reparto neuropsichiatrico, dove il Maggiore Medico dott. G. S. consiglia un trattamento in fase di ricovero c/o Villa S Chiara a Verona per"disturbo depressivo con atipie comportamentali".Segue un ricovero di circa 23 giorni presso la Casa di Cura S. Chiara di Verona dove è seguito dal dott. G., con diagnosi di dimissione"depressione reattiva".Il paziente riesce a riprendersi solo dopo oltre 3 mesi. Si è creata una breccia psicopatologica, si è innescata per così dire una bomba che dal 1994 in poi attraverso fasi di grave eccitamento maniacale (prevalenti) in cui il paziente"non riesce a controllare i propri impulsi rischiando di danneggiare severamente il proprio patrimonio e la propria onorabilità"(così scrive lo psichiatra dott. G. M. del 1 Servizio di Psichiatria di Verona) e lunghe fasi di depressione si delinea in un quadro psicopatologico inequivocabile di"malattia maniaco-depressiva",come lo chiamava lo psichiatra tedesco E. Krapelin nel 1890, e di"disturbo bipolare tipo I "come lo chiama oggi il DSM - IV - RT manuale di riferimento nosografico psichiatrico internazionale. E dall'estate 1994,. epoca dell'esordio di questa stessa unica malattia (unica perché le due fasi, depressiva e maniacale, sono legate e non disgiunte;

<http://www.iusexplorer.it.proxy.unimib.it/iusexplorer/PrintExportSend> Page 10 of 14

01/10/15 20:07

anzi, tanto più grave è la prima, tanto più grave sarà la seconda e viceversa). al S. Ten. [...*OMISSIS*...] non vengono diminuiti o evitati gli incarichi stressanti e per la seconda volta gli viene comandato un incarico previsto per Ufficiali di Grado Superiore (Magg. o Ten. Col). vale a dire al Vettovagliamento di Reggimento con la responsabilità di vettovagliare una forza di 1500 uomini, e anche questa volta senza essere stato prima affiancato o istruito. Si creano così i presupposti

esterni (life events) per una seconda ricaduta e, quindi, un secondo ricovero c/o la Casadi Cura Villa S. Chiara di Verona a cavallo di gennaio-febbraio 1996, dimesso con diagnosi di "disturbo distimico". Non si parla ancora di "Disturbo Bipolare dell'Umore" ma si inizia ad inquadrare il paziente comunque con una patologia dell'umore quale è la "distimia" (umore cronicamente basso ma non tale da configurare una depressione maggiore): solamente l'osservazione del decorso longitudinale psicopatologico permetterà di giudicare errate queste diagnosi, essendo ancora all'epoca (1996) nelle fasi prodromiche della grave malattia maniaco - depressiva che esploderà infatti negli anni successivi anche in relazione alla tardività del corretto trattamento psicofarmacologico, che avverrà purtroppo solo dopo la dichiarazione del 29 ottobre 2003 di "permanentemente non idoneo al servizio militare per fisica inabilità e segnatamente con la diagnosi di disturbo bipolare". Sono gli anni in cui il disturbo psichico tocca gli apici: vengono consultati numerosi specialisti neuropsichiatri, di grosso calibro come il prof C., ed il dott. B., tra i massimi esperti nazionali di tale malattia. Il disturbo bipolare, nella fattispecie di tipo I perché la prevalenza è per le fasi maniacali gravi con sconfinamento psicotico, oggi è uno dei disturbi psichici più conosciuti e studiati e per il quale sono stati messi a punto numerosi presidi farmacologici anche efficaci. La storia clinica psicopatologica di [...*OMISSIS*...] si compone di 3 fasi: una prima fase che va dai 19 - 20 ai 25 - 26 anni caratterizzata dalla fluttuazione del tono dell'umore, prevalentemente depressiva, nel contesto di una personalità ipertimica con spunti di grandiosità, all'epoca sottoposta ad un carico stressante lavorativo notevole: si può definire come fase ciclotimica; una seconda fase che va dal 1996 al 2003, che è quella di malattia conclamata, ossia di Disturbo Bipolare tipo I con fasi di maniacalità grave e ricorrenze multiple annuali; una terza fase che è quella attuale, in cui la gravità della malattia psichica ha determinato l'incapacità lavorativa, quindi la quiescenza definitiva a riposo, ed il paziente gode di un discreto compenso psicologico grazie al supporto continuo del Servizio Psichiatrico di appartenenza e grazie ad un protocollo farmacologico mirato e non più modificato da anni, con sali di litio e neurolettici atipici (Olanzapina). Dipendenza della malattia da causa di servizio. I rapporti temporali fra lo stress lavorativo del militare [...*OMISSIS*...] ed i primi episodi, etichettati come "depressione reattiva" e poi "distimia" sono chiaramente evidenziabili nella prima fase di comparsa della ricorrenza multipla degli episodi maniacali e depressivi. L'insorgenza e l'evoluzione delle prime due fasi del disturbo bipolare del paziente sono state concausate dal sovraccarico di lavoro e di responsabilità in cui si è ritrovato il paziente. È noto da tempo e riportato nella letteratura internazionale (Post et al., 1992. Godwin & Jamison, 1990) il ruolo patoplastico dei "life events" nella espressione e nella evoluzione del disturbo bipolare soprattutto nelle prime fasi di

malattia e nell'aggravamento della sua evoluzione. Gli eventi stressanti hanno un ruolo chiaramente determinante nell'iniziare primi episodi anche in presenza di una eventuale predisposizione genetica o caratterologica. Il disturbo può, poi, nelle fasi più avanzate, assumere un decorso indipendente o meno influenzabile degli eventi e diventare autonomamente ricorrente decorso ("Kindling -like o di sensibilizzazione"). Parere tecnico. Il parere del(la)C.M.O. di Verona con verbale MLAB n. 513 del 23 ottobre 1995 sulla dipendenza da causa di servizio della infermità del paziente mi vede d'accordo per quanto riguarda la valutazione del ruolo concausale efficiente e preponderante dei ripetuti episodi di servizio sull'evoluzione peggiorativa dell'infermità in valutazione. Quanto al parere della C.M.O. di Padova depositato presso il T.A.R. Veneto in data 27 maggio 2009 (verbale BL/G - N. ACMOO87261), che conclude per la non dipendenza da causa di servizio dell'infermità "grave disturbo bipolare" per assenza di nesso causale tra tali forme psichiatriche ed il servizio militare svolto, non mi sembra sufficientemente motivato e per nulla sostenuto dai dati clinici ed anamnestici per i seguenti motivi: il disturbo presentato dal [...OMISSIS...] non si inquadrava in una "depressione reattiva" e tanto meno in una "distimia", ma era già in allora un disturbo più grave di tipo bipolare: quindi va sottolineata l'unicità della malattia e del continuum psicopatologico; anche se è possibile la presenza di una personalità predisposta (e quindi una diatesi genetica-familiare) questa non sarebbe stata sufficiente da sola a determinare una così grave evoluzione; gli eventi lavorativi riferiti, il carico stressante, la responsabilità peraltro di tipo militare, sono eventi sufficienti per intensità, frequenza e durata ad agire da fattori patoplastici nel disturbo bipolare. Si conclude quindi per la dipendenza da causa di servizio di

questa così grave e deostruente malattia bipolare".

9. Alla pubblica udienza dell'8 ottobre 2009 la causa è stata trattenuta per la decisione.

10.1. Tutto ciò premesso, il Collegio deve farsi innanzitutto carico di esaminare il primo ordine di censure proposto dal ricorrente, secondo il quale la circostanza che l'infermità da lui contratta sarebbe già stata riconosciuta in epoca antecedente all'entrata in vigore del D.P.R. 20 ottobre 2001 n. 461 come dipendente da causa di servizio dalla Commissione Medica Ospedaliera dell'Ospedale Militare di Medicina Legale di Verona mediante verbale mod. ML/AB n. 513 dd. 23 ottobre 1995, confermato con provvedimento del Ministero della Difesa n. 4442 dd. 30 gennaio 1996 - Direzione Generale Ufficiali Esercito - I[^] Divisione (cfr. pag. 3 dell'atto introduttivo del presente giudizio, con specifico riferimento a quanto trascritto nella parte "Ferite e Malattie riconosciute dipendenti da causa di servizio - Dati ematologici dei donatori volontari di sangue" dello Stato di Servizio: cfr. doc. 2 di parte ricorrente),

renderebbe ex se illegittima la susseguente e difforme pronuncia del Comitato per la verifica delle cause di servizio n. 144/2006 dd. 21 settembre 2006, qui - per l'appunto - impugnata.

10.2. Tale ordine di censure non può essere accolto.

Invero, nella disciplina previgente al D.P.R. 20 ottobre 2001 n. 461 il compito di accertare la dipendenza da causa di servizio delle infermità dei pubblici dipendenti era svolto dalle Commissioni mediche ospedaliere, ma in caso di richiesta di equo indennizzo doveva comunque pronunciarsi al riguardo l'allora operante Comitato per le pensioni privilegiate ordinarie (C.P.P.O.) à sensi dell'art. 5 bis del D.L. 21 settembre 1987 n. 387, convertito con modificazioni in L. 20 novembre 1987 n. 472: disciplina, questa, che aveva esplicitamente abrogato l'art. 63 del T.U. approvato con D.P.R. 29 dicembre 1973 n. 1092.

Mediante la susseguente disciplina di riordino del "sistema" contenuta nel D.P.R. 461 del 2001, la Commissione medico ospedaliera deve ora pronunciarsi - in via generale - soltanto sull'esistenza dell'infermità, nel mentre il Comitato di verifica per le cause di servizio deve a sua volta indefettibilmente esprimere un parere sulla dipendenza da cause di servizio e l'Amministrazione obbligata a richiederlo è tenuta a conformarsi al riguardo, salva la facoltà di richiedere, motivatamente, un ulteriore parere al Comitato medesimo, al quale è poi tenuta comunque ad adeguarsi (cfr. sul punto, ex multis, Cons. Stato, Sez. VI, 31 marzo 2009 n. 1889, con specifico riferimento a quanto dispone l'art. 14 del D.P.R. 461 cit.).

In tal modo, quindi, le precedenti disposizioni che riconoscevano carattere provvedimento alle pronunce delle commissioni mediche in relazione al riconoscimento delle cause di servizio del personale appartenente alle Forze Armate, già contenute nella L. 11 marzo 1926 n. 416 del 1926 e nel R.D. 15 aprile 1928 n. 1024, sono state abrogate dall'art. 20 D.P.R. n. 461 del 2001 e contestualmente sostituite, a decorrere dal 22 gennaio 2002, dallo ius superveniens contenuto in tale nuova fonte regolamentare (così T.A.R. Puglia, Lecce, Sez. III, 26 novembre 2007 n. 4028) conseguente alla delegificazione della materia disposta per effetto dell'art. 20 e dell'all. 1, n. 23, della L. 15 marzo 1997 n. 59, nonché dell'all. A, n. 63, della L. 24 novembre 2000 n. 340: e in conseguenza di ciò, e proprio à sensi di quanto disposto dall'art. 12, comma 1, del D.P.R. 461 del 2001, intitolato "unicità dell'accertamento" ("Il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio dell'infermità o lesione costituisce accertamento definitivo anche nell'ipotesi di successiva richiesta di equo indennizzo e di trattamento pensionistico di privilegio"), la stessa circostanza per cui in data 18 novembre 2003 - ossia, dopo l'entrata in vigore dello stesso D.P.R. 461 del 2001 - il [...*OMISSIS*...] ha chiesto l'erogazione della pensione privilegiata ordinaria e dei benefici economici spettanti per la dispensa dal servizio in relazione alla categoria dell'infermità attribuita, ha

inderogabilmente imposto al Ministero della Difesa di chiedere al riguardo il parere del Comitato di verifica.

Del resto, la definitività dell'accertamento della dipendenza da causa di servizio, di cui all'art. 12 del D.P.R. 461 del 2001, nell'ipotesi di successiva richiesta di equo indennizzo e di trattamento pensionistico di privilegio, è ivi ricollegata al parere del Comitato di verifica emesso ai sensi degli artt. 10 e 11 dello stesso D.P.R. e non potrebbe pertanto essere attribuita al parere della Commissione medica ospedaliera emesso in data anteriore all'entrata in vigore dello stesso D.P.R.: e ciò anche in mancanza di una norma che in via transitoria consenta tale interpretazione (cfr. in tal senso C.Conti, Sez. giurisd. Friuli Venezia Giulia, 7 maggio 2007 n. 246).

11.1. Il Collegio deve pure farsi carico di disaminare la richiesta del ricorrente di sottoporre il quesito relativo alla dipendenza - o meno - della propria patologia ad una consulenza tecnica d'ufficio, stante l'acclarata difformità di contenuto al riguardo tra il responso a suo tempo fornito dalla Commissione medico ospedaliera e

il parere emesso dal Comitato di verifica per le cause di servizio.

11.2. A tale proposito il Collegio non sottace che in proposito sussiste un autorevole precedente in senso favorevole alla richiesta della parte ricorrente, costituito dalla decisione di Cons. Stato, Sez. IV, 12 novembre 2001 n. 5782 secondo la quale - per l'appunto - à sensi dell'art. 35 del D.L.vo 31 marzo 1998 n. 80, così come sostituito dall'art. 7 della L. 21 luglio 2000 n. 205, il giudice amministrativo, nelle controversie devolute alla sua giurisdizione esclusiva, può disporre l'assunzione dei mezzi di prova previsti dal codice di procedura civile, nonché avvalersi della consulenza tecnica d'ufficio, anche a prescindere dalla situazione soggettiva riscontrabile nel rapporto controverso e dal fatto che siano coinvolti problemi di discrezionalità tecnica: e ciò proprio con riguardo ad un provvedimento in materia di causa di servizio adottato su parere del C.P.P.O.; né il Collegio sottace che sulla scorta di tale precedente questa stessa Sezione, con proprie ordinanze collegiali istruttorie n. 215 dd. 17 gennaio 2001, n. 6112 dd. 12 novembre 2003 e n. 325 dd. 15 gennaio 2004 ha analogamente disposto nella medesima materia consulenze tecniche d'ufficio.

Va tuttavia considerato che successivamente a tali precedenti - comunque per ampia parte formati con riguardo alla disciplina previgente al D.P.R. 461 del 2001 - la prevalente giurisprudenza ha avuto modo di rilevare che, proprio à sensi dell'art. 3, comma. 4, della L. 205 del 2000 è inammissibile la richiesta di consulenza tecnica d'ufficio finalizzata all'accertamento del nesso di causalità fra l'infermità sofferta dal pubblico dipendente e il servizio svolto per conto e nell'interesse dell'Amministrazione di appartenenza, trattandosi di materia che il legislatore - per quanto detto innanzi al §9.2 - ha ora attribuito in via

esclusiva al Comitato di verifica (cfr. al riguardo Cons. Stato, Sez. IV, 11 maggio 2007 n. 2323 e Sez. I, 12 maggio 2004, par. n. 6754/2004), fermo ovviamente restando il sindacato di legittimità esercitabile al riguardo da questo giudice (cfr., ad es., Cons. Stato, Sez. VI, 31 marzo 2009 n. 1889).

12.1. Più in generale, va anche rilevato che - comunque - l'esame obiettivo degli atti di causa induce a negare, sulla scorta delle ultime acquisizioni istruttorie disposte da questo giudice, la sussistenza, nella specie, di una malattia del [...*OMISSIS*...] discendente da causa di servizio.

Anche accedendo, infatti, alla tesi del consulente del ricorrente in ordine alla preponderanza patoplastica dei "life events" costituiti, nella specie, dapprima dall'asseritamente subitaneo affidamento al [...*OMISSIS*...] nel luglio del 1994, mentre era ancora sottotenente, del comando di una compagnia (250 uomini) in luogo di un plotone (20 uomini) e, quindi, nell'autunno-inverno del 1995 dell'altrettanto asserita responsabilità del vettovagliamento di un intero reggimento con una forza di 1.500 uomini circa, il Collegio reputa che tali episodi comunque non possano essere ragionevolmente considerati quali eventi determinanti per l'insorgenza della patologia che il consulente diagnostica al proprio assistito.

A parte il fatto che in ordine a tali episodi il ricorrente non fornisce alcun principio di prova, risulta dirimente il rilievo che, se è ben vero che il comando di una compagnia compete ad un capitano o a un primo capitano e che la responsabilità del vettovagliamento di un intero reggimento di norma compete ad un ufficiale superiore con il grado di maggiore o di tenente-colonnello, risulta altrettanto assodato che il militare inferiore di grado al quale siano affidate simili incombenze e reputi di non essere nelle condizioni di espletarle può sempre chiedere di conferire con un proprio superiore, e addirittura con lo stesso Ministro della Difesa, adducendo in proposito gravi ragioni di servizio o private (cfr. art. 39 del D.P.R. 18 luglio 1986 n. 545), quali per certo sarebbero quelle conseguenti all'avvenuto affidamento di compiti manifestamente eccedenti al grado rivestito senza previo affiancamento e c.d. "indottrinamento".

Lo scopo di tale colloquio - che costituisce obbligo di servizio per i superiori gerarchici ed, in particolare, per il comandante di corpo (cfr. artt. 21, comma 2, lett. g, e 22 del D.P.R. 545 cit.) - evidentemente si identifica nella prevenzione di possibili conflitti interpersonali e, comunque, di gravi inconvenienti nel contesto dello svolgimento di funzioni per certo primarie, quali sono quelle che attengono alla difesa nazionale: mediante tale istituto, infatti, il superiore gerarchico può opportunamente riconsiderare le proprie scelte ove reputi di accogliere le rimostranze del subordinato.

Ciò posto, non risulta che il [...*OMISSIS*...] abbia chiesto tale colloquio nelle due circostanze pur da lui riferite, e ciò pur essendo evidentemente

al corrente di tale importante opportunità, se non altro sia perché all'epoca del primo episodio era appena giunto a destinazione dopo la frequentazione del corso di formazione riservato al personale transitato in s.p.e. presso la Scuola di Fanteria di Cesano (Roma), sia perché avrebbe altrettanto ragionevolmente potuto ricevere un consiglio in tal senso da parte del padre, a sua volta colonnello in s.p.e.

dell'Esercito.

Questa incapacità del [...*OMISSIS*...] di elaborare la soluzione idonea al fine di superare le asserite situazioni di disagio nell'espletamento dei compiti a lui assegnati dai superiori gerarchici comprova, pertanto, che il preteso affidamento nei suoi confronti di mansioni superiori rispetto al grado da lui ricoperto non è da considerare - ove effettivamente avvenuto - quale causa o concausa della propria patologia, ma quale elemento rivelatore di una situazione di sofferenza già in lui presente e in ordine alla quale, pertanto, non può sussistere alcun rapporto causale rispetto al servizio militare prestato; né tale conclusione è smentita dalla circostanza che lo stesso [...*OMISSIS*...] per ben due volte, sia all'atto del concorso per l'accesso alla qualifica di ufficiale di complemento E.I., sia all'atto del concorso per l'accesso alla qualifica di ufficiale in s.p.e. del ruolo speciale unico E.I., ha superato gli esami psico-attitudinali previsti al riguardo, posto che la patologia che lo ha colpito può notoriamente rimanere latente per lassi di tempo considerevolmente lunghi o, comunque, rivelarsi con alterazioni dell'umore inizialmente non significative e magari non coincidenti con i periodi nei quali gli esami anzidetti sono stati svolti.

12. Le spese e gli onorari del giudizio possono essere, comunque, integralmente compensati tra le parti, avuto riguardo alla particolarità del caso trattato.

Diritto

PQM

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Veneto, Sezione I[^], definitivamente statuendo sul ricorso in epigrafe, lo respinge.

Compensa integralmente tra le parti le spese e gli onorari del giudizio.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Venezia nella camera di consiglio del giorno 8 ottobre 2009