

WAR DISABLEMENT PENSION

PAOLO MONDINI*

L'analisi del sistema pensionistico di guerra inglese può fornire degli spunti interessanti che possono rivelarsi utili in previsione di una rielaborazione del sistema pensionistico privilegiato italiano, la cui revisione, aderente ai dettami della UE sulla previdenza, si rende sempre più impellente.

La War Disablement Pension (WDP), anche se amministrata a parte dal Department of Social Security (DSS) War Pension, presenta molti punti in comune con il sistema di sicurezza sociale inglese.

Per la valutazione delle patologie si fa ricorso, infatti, sia alla stessa tabella valutativa, approntata per gestire la sicurezza sociale e contenente un elenco di menomazioni associato a un valore percentuale, sia alle indicazioni provenienti dal contenzioso giudiziario.

La WDP non ha come base giuridica e di principio nessuna prescrizione per ciò che concerne le malattie o le menomazioni che tutela.

Gli interessati possono richiedere benefici economici per qualsiasi patologia insorta durante la vita militare (in scenario di guerra, di missioni di pace, di missioni d'ordine pubblico, in addestramento). Il servizio militare è infatti inteso in senso ampio e vengono indennizzati anche eventi non strettamente collegati con fatti di servizio, a differenza della pensionistica privilegiata e di guerra italiana in cui occorre invece la stretta dipendenza tra le infermità e/o lesioni e i fatti di servizio.

Pertanto ha diritto al beneficio economico anche il militare che, per esempio, si infortuna giocando a tennis nei periodi di riposo nei campi interni alla base, oppure contrae una qualsiasi malattia durante la vita militare, anche non strettamente collegata al servizio stesso.

Questa situazione deriva dal fatto che il servizio militare in Inghilterra è sempre stato solo volontario; si tende quindi a dare la massima tutela alle persone che scelgono questo tipo di vita, considerando anche le passate vicende belliche del

* Specialista in Medicina Legale - Dirigente INAIL TO NORD Chivasso.

Regno Unito: Falklands, Guerra del Golfo, servizio in Irlanda del Nord e tutti gli interventi militari nelle ex colonie.

Ne consegue un riconoscimento ad ampio raggio di tutte le malattie e le menomazioni derivanti da lesioni e infermità insorte durante la vita militare.

Nonostante ciò, non si verifica una richiesta innumerevole di indennizzi in quanto qualsiasi richiesta viene riportata sul dossier personale del richiedente. Tale dossier viene sempre preso in esame per decidere gli avanzamenti di carriera, i corsi di aggiornamento e di specializzazione da far seguire al militare e a quali missioni affidarlo. Il curriculum militare costituisce inoltre un'ottima referenza per chi, lasciato il servizio militare, cerca nella vita civile un lavoro in un ente statale o privato.

L'aver richiesto indennizzi per malattie o menomazioni può compromettere sia la carriera sia gli aumenti di stipendio legati alle varie specializzazioni.

In questo modo si ha che solo malattie e menomazioni di una certa importanza e che compromettono l'idoneità fisica al servizio, che è valutata annualmente, sono denunciate al fine di indennizzo.

Anche alcune categorie di civili, stabilite dalla legge con un elenco tassativo, possono richiedere i benefici della WDP.

Gli interessati sono:

1. Chi ha prestato servizio nella HM Armed Forces incluso il servizio nella Home Guard, nel Nursing and Auxiliary Services, nell'UDR dal 31 marzo 1970, nel Territorial Army and Cadete.
2. I civili che hanno riportato lesioni nella seconda guerra mondiale durante le azioni nemiche o combattendo il nemico.
3. Gli appartenenti al Civil Defense Volunteer che hanno riportato lesioni durante la seconda guerra mondiale.
4. Gli appartenenti alla Polish Forces al servizio del British Command o durante il servizio nella Polish Resettlement Forces durante la seconda guerra mondiale.
5. Chi ha riportato lesioni durante il servizio nel Naval Auxiliary Services, nel Coastguard or Merchant Navy durante la prima o la seconda guerra mondiale, o negli ultimi conflitti del Golfo, delle Falklands, di Suez o della Corea, o se era stato preso e tenuto prigioniero.

La valutazione della menomazione

La valutazione della menomazione avviene utilizzando la tabella della Industrial Injuries Scheme che ora si riporta; si vuole solo sottolineare che tali valori non sono tassativi, ma solo indicativi, ed il medico valutatore, se lo ritiene opportuno, può discostarsi con parere motivato.

Perdita di entrambe le mani o amputazione in una zona più alta: 100%
 Perdita di una mano e un piede: 100%
 Doppia amputazione a livello della gamba o coscia, o amputazione a livello della gamba o coscia da un lato e perdita dell'altro piede: 100%
 Perdita della vista in modo tale da rendere la persona incapace di eseguire ogni lavoro per cui la vista è essenziale: 100%
 Sfigurazione del volto molto grave: 100%
 Sordità totale: 100%
 Amputazione oltre il livello della spalla o della coscia: 100%

CASI DI AMPUTAZIONE: ARTI SUPERIORI (UN BRACCIO O L'ALTRO)

Amputazione attraverso l'articolazione della spalla: 90%
 Amputazione al di sotto della spalla con moncone a meno di 20,5 cm dalla punta dell'acromion: 80%
 Amputazione da 20,5 cm dalla punta dell'acromion a meno di 11,5 cm sotto la punta dell'olecrano: 70%
 Perdita di una mano o del pollice e quattro dita di una mano o amputazione da sotto la punta dell'olecrano fino a 11,5 cm: 60%
 Perdita del pollice: 30%
 Perdita del pollice e del suo osso metacarpale: 40%
 Perdita di quattro dita di una mano: 50%
 Perdita di tre dita di una mano: 30%
 Perdita di due dita di una mano: 20%
 Perdita della falange terminale del pollice: 20%

CASI DI AMPUTAZIONE: ARTI INFERIORI

Amputazione di entrambi i piedi risultante in due monconi portanti: 90%
 Amputazione di entrambi i piedi prossimalmente alle articolazioni metatarso falangee: 80%
 Perdita di tutte le dita di entrambi i piedi attraverso le articolazioni metatarso falangee: 40%
 Perdita di tutte le dita di entrambi i piedi prossimalmente alle articolazioni interfalangee prossimali: 30%
 Perdita di tutte le dita di entrambi i piedi distalmente alle articolazioni interfalangee prossimali: 20%
 Amputazione all'anca: 90%
 Amputazione sotto l'anca con moncone che non supera i 13 cm in lunghezza misurato dalla punta del gran trocantere: 80%
 Amputazione sotto l'anca e sopra il ginocchio con moncone superiore ai 13 cm in lunghezza misurato dalla punta del gran trocantere, o al ginocchio con moncone terminale che non sia portante il peso del corpo: 70%
 Amputazione al ginocchio risultante in un moncone terminale portante il peso, o sotto il ginocchio con moncone non superiore ai 9 cm: 60%
 Amputazione sotto al ginocchio con moncone superiore ai 9 cm ma non più lungo di 13 cm: 50%
 Amputazione sotto al ginocchio con moncone superiore ai 13 cm: 40%
 Amputazione di un piede risultante in un moncone terminale portante: 30%
 Amputazione di un piede prossimale all'articolazione metatarso falangea: 30%
 Perdita di tutte le dita di un piede attraverso l'articolazione metatarso falangea: 20%

ALTRE LESIONI

Perdita di un occhio senza complicazioni con l'altro occhio normale: 40%
 Perdita della visione da un occhio senza complicazioni o sfigurazione del globo oculare, con altro occhio normale: 30%

PERDITA DELLE DITA DELLA MANO DESTRA O SINISTRA

DITO INDICE:

Totale: 14%

Due falangi: 11%
 Una falange: 9%
 Amputazione a ghigliottina della punta senza perdita di osso: 5%

DITO MEDIO:

Totale: 12%
 Due falangi: 9%
 Una falange: 7%
 Amputazione a ghigliottina della punta senza perdita di osso: 4%

ANULARE O MIGNOLO:

Totale: 7%
 Due falangi: 6%
 Una falange: 5%
 Amputazione a ghigliottina della punta senza perdita di osso: 2%

PERDITA DELLE DITA DESTRE O SINISTRE DEL PIEDE

ALLUCE:

Attraverso l'articolazione metatarso falangea: 14%
 Parziale con perdita d'osso: 3%

OGNI ALTRO DITO:

Attraverso l'articolazione metatarso falangea: 3%
 Parziale con perdita d'osso: 1%

DUE DITA DI UN PIEDE ESCLUDENDO L'ALLUCE

Attraverso l'articolazione metatarso falangea: 5%
 Parziale con perdita d'osso: 2%

TRE DITA DI UN PIEDE ESCLUDENDO L'ALLUCE

Attraverso l'articolazione metatarso falangea: 6%
 Parziale con perdita d'osso: 3%

QUATTRO DITA DI UN PIEDE ESCLUDENDO L'ALLUCE

Attraverso l'articolazione metatarso falangea: 9%
 Parziale con perdita d'osso: 3%

La valutazione del visus si basa sulla tabella approvata al 18° Congresso Internazionale di Oftalmologia del 1958.

La valutazione uditiva si basa su una tabella che riprende quella utilizzata negli USA; entrambe sono riportate alla fine dell'articolo.

Di seguito sono riportate le indicazioni valutative date dall'AMA (Adjudicating Medical Authority), che si occupa attraverso i MAT (Medical Appel Tribunal) dei Tribunali d'Appello a cui il richiedente ricorre quando non accetta le valutazioni che gli sono state fatte.

L'AMA per evitare e limitare il contenzioso ha pubblicato un libro che riporta delle indicazioni su certe specifiche lesioni con invito ai medici valutatori ad attenersi a esse.

Queste indicazioni provengono dalle sentenze del MAT; con parere medico legale clinico motivato. Il medico può comunque discostarsi da esse.

CASI DI AMPUTAZIONE D'ARTO

Misura del moncone

Se non è presente il report della misurazione effettuata dal centro protesizzazione, l'AMA deve eseguire la misura del moncone seguendo le seguenti indicazioni.

Il primo punto per la misura è:

- Arto superiore: la punta dell'acromion con moncone pendolante al di sotto di essa
- Avambraccio: la punta dell'olecrano, che va individuata con il moncone piegato a 90 gradi
- Sopra al ginocchio: la punta del gran trocantere
- Sotto al ginocchio: bordo antero mediale della faccia articolare della tibia quando il ginocchio è flesso

Il secondo punto per la misura è:

- In tutti i casi ove termina il moncone (che è oltre il pezzo d'osso palpabile sotto la cute o la cicatrice). In caso di amputazione sotto al ginocchio questo punto è dove termina la tibia e non il perone, e la misura sarà presa comunque sulla faccia mediale del moncone e non, come nei casi sopra al ginocchio, sulla faccia laterale.

Valutazione

Le percentuali prescritte del disablement esposte nella Tabella servono solo per le menomazioni consolidate. Il MAT generalmente dà una valutazione schematica in cui il moncone terminale è cicatrizzato ed è stato protesizzato ed è intercorso del tempo, così che il paziente si è ben abituato nell'utilizzo di tale protesi.

Dove ciò non fosse ancora avvenuto viene dato un provisional assessment con una percentuale più alta di quella che normalmente sarebbe stata data.

ANCHILOSI

Nella valutazione del disablement che risulta dalla completa fissazione di una articolazione bisogna considerare la posizione in cui l'articolazione si trova.

Sotto sono elencate quelle che sono considerate ottime posizioni per l'anchilosi.

- Spalla: braccio abdotto all'incirca di 20 gradi con il gomito leggermente di fronte al corpo e con movimenti liberi del cingolo scapolare
- Gomito: l'angolo fra l'omero e l'avambraccio dovrebbe essere maggiore di un angolo retto, all'incirca 110 gradi. L'avambraccio dovrebbe essere supinato così che il palmo è rivolto leggermente verso l'alto
- Polso: nella posizione neutrale, in linea con l'avambraccio e con poca o nessuna perdita di supinazione e pronazione
- Anca: coscia flessa a 10 gradi con leggera abduzione e leggera rotazione esterna
- Ginocchio: in 5 gradi di flessione
- Caviglia: 5-10 gradi di flessione plantare del piede

Le percentuali valutative scelte per l'anchilosi in posizione ottimale sono:

• Spalla	40%
• Gomito	40%
• Polso	30%
• Anca	60%
• Ginocchio	30%
• Caviglia	20%

Per le altre anchilosi bisognerà valutare caso per caso.

LASSITÀ ARTICOLARE CHE PORTA ALLA LUSSAZIONE RECIDIVANTE

Dove c'è una mobilità anormale la percentuale per gli arti inferiori data dal MAT è stata normalmente più alta della valutazione data per l'anchilosi.

Miglioramento funzionale può qualche volta essere raggiunto sia con articolazioni ipermobili che con anchilosi parziale tramite un esperto trattamento ortopedico.

LESIONI ALLA MANO

Nel valutare le lesioni alle mani e il loro risultato globale sulla perdita della funzionalità si dovrebbe considerare come riferimento una persona della stessa età e sesso.

Quando il richiedente ha riportato una o più lesioni, specificatamente separate nella Tabella, il disablement non si dovrebbe valutare con la semplice somma delle lesioni tabellate.

Nella compilazione del report per evitare confusioni si dovrebbe riportare i nomi come pollice, indice, medio, anulare, mignolo e non come primo, secondo, terzo, quarto e quinto dito.

SFIGURAZIONE

Nella valutazione della faccia e dello scalpo il fattore sfiguramento è importante.

CONDIZIONE ISTERICA

Dove non c'è una spiegazione organica per i sintomi, la causa può essere mentale, e va quindi considerato se questa è rilevante, o se è uno stato cosciente e deliberato che non origina da nessun incidente rilevante.

Quando si ha una inconscia ed incontrollata origine di tale stato mentale, la questione che sorge è se un incidente rilevante sia una effettiva causa di tale stato mentale, o se l'incidente sia stato puramente una occasione che ha fatto manifestare tale stato mentale che era già presente, o che si sarebbe manifestato comunque per qualsiasi altro evento.

VALUTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI

Splenectomia

La rimozione della milza può abbassare le resistenze naturali verso certi microorganismi, e la rimozione della milza comporta anche perdita di tessuto molle.

Il MAT valuta tali fatti tra il 2% al 5%.

Orchiectomia

La rimozione di un testicolo comporta perdita di tessuto e perdita della riserva usuale della funzione spermatica.

Il MAT valuta tali fatti tra il 2% al 5%.

Nefrectomia

La perdita di un rene è valutata in base alla funzionalità di quello residuo; se questo ha una funzionalità normale la perdita viene valutata dal MAT dal 5% al 10%.

VALUTAZIONE PER LE LESIONI DELL'OCCHIO

La valutazione va fatta da entrambi gli occhi, prima senza e poi con eventuali mezzi di correzione. Per aiutare nella valutazione si fa riferimento alla tabella presentata al 18esimo congresso internazionale di oftalmologia.

Quando un infortunio capita ad un occhio che era considerato normale, ma la visione dell'altro occhio era già compromessa, la risultante disabilità dovrebbe essere calcolata nel seguente modo: si esegue una valutazione totale della disabilità, e poi si sottrae da questa la disabilità che era precedente alla lesione. (in pratica non si conteggiano le preesistenze di origine extralavorativa)

Afachia: il MAT ha normalmente tenuto conto del grado di tolleranza e sensibilità delle lenti interne o a contatto nel valutare il grado di disablement.

Afachia e Pseudoafachia

Nell'afachia il cristallino è rimosso chirurgicamente e il paziente è portatore di occhiali con spesse lenti o di lenti a contatto per correggere l'acuità visiva.

Nella pseudoafachia il cristallino è rimosso chirurgicamente e sostituito con una lente intraoculare.

In tutti i casi si hanno degli effetti negativi.

Gli occhiali producono una diminuzione del campo visivo e una considerevole distorsione.

Le lenti a contatto richiedono un certo grado di destrezza manuale e possono essere difficili da maneggiare particolarmente se la visione da vicino è ridotta.

Le lenti intraoculari hanno un fuoco fisso e si ha una perdita dell'accomodazione.

Quello che ora viene riportato riflette le opinioni degli oculisti membri del MAT.

Valutazione del disablement nella afachia e pseudoafachia.

- 1) Determinare separatamente per ciascun occhio la migliore acuità visiva corretta
- 2) Valutare il disablement utilizzando come riferimento la tabella del 18esimo congresso mondiale di oftalmologia del 1958
- 3) Aggiungere alla valutazione le percentuali sotto riportate

Nota: ci potrebbero essere dei fattori addizionali da aggiungere come ad esempio uno sfiguramento dell'occhio. Il paziente va comparato con una persona normale della stessa età. La perdita dell'accomodazione in una persona giovane dovrebbe essere più disabilitante che in una persona dello stesso gruppo di età in cui vi sia una presbiopia fisiologica.

Afachia unilaterale:

Occhiali	9%
Lente a contatto	6%

Afachia bilaterale:

Occhiali	22%
Lenti a contatto	16%
Pseudoafachia unilaterale	3%
Pseudoafachia bilaterale	8%

SORDITÀ

La valutazione della sordità totale è 100%. Vengono qui riportate altre valutazioni per la sordità parziale che sono state date dal MAT.

Bisogna ricordare che la sordità occupazionale rientra sia negli infortuni lavorativi, sia nelle Prescribed Diseases (elencata alla voce A10).

Percentuali che si ottengono con l'ascolto della voce:

Conversazione non oltre i 30 cm	60%
Conversazione non oltre 1 m	40%
Conversazione non oltre i 2 m	20%
Conversazione non oltre i 3 m con:	
Un orecchio totalmente sordo	20%
Altrimenti	< 20%

Note sulla valutazione della sordità

- 1) Se la percezione del suono in un orecchio è normale, mentre l'altro è totalmente sordo, per il disagio provocato dalla difficoltà di percepire da dove proviene il suono il MAT ha dato un 20%
- 2) Se l'orecchio destro percepisce una conversazione a 2 m, l'orecchio sinistro una conversazione a 30 cm, e entrambi gli orecchi una conversazione a 1 m, la valutazione globale è del 40%
- 3) La valutazione è data solo sulla sordità; altri fattori come vertigini, acufeni, suppurazione cronica, devono essere valutati con attenzione per arrivare ad una valutazione globale. Nel report medico devono essere chiaramente indicati gli incrementi che questi fattori comportano.

Per le malattie si fa riferimento al *Severe Disablement Allowance Handbook for Adjudicating Medical Authorities* in cui si riporta tutta una serie di malattie con le relative indicazioni valutative.

Se la valutazione supera il 20%, oltre allo stipendio, viene concessa una pensione settimanale al militare, che può essere messo a riposo o cambiato di servizio, mantenendo però il suo trattamento economico precedente se è più vantaggioso. L'importo della pensione è stabilita in base alla fascia di appartenenza della lesione e non è tassabile da parte dello Stato (*tax free*).

Sotto al 20% viene elargita una somma a scopo indennitario (chiamata *Gratuity*, che in italiano può essere tradotta come mancia, e solo in senso molto lato come assegno).

Solo per la sordità da rumore si è stabilito per legge che sotto al 20% (vedi tabella a fine articolo) non viene data la *Gratuity*, neanche in presenza di acufeni.

Questa scelta ha fatto sorgere un grande contenzioso medico giuridico, perché nella casistica pratica molti deficit uditivi al di sotto del 20% avevano come causa l'utilizzo di farmaci ototossici per curare infezioni prese durante il servizio nelle *ex* colonie, o erano causati dai postumi di una otite infettiva, o ancora erano deficit insorti dopo l'esposizione al rumore delle esplosioni delle bombe. Si è quindi giunti a concedere la *Gratuity* a condizione che il richiedente possa dimostrare che la perdita dell'udito sia in rapporto causale con un evento ben definito, come ad esempio quelli sopra riportati.

A seconda poi della percentuale di disablement si possono richiedere ulteriori benefici.

Quelli che seguono devono essere richiesti specificatamente dal soggetto con apposita domanda e sono valutati caso per caso.

In caso di diniego dei benefici richiesti si può fare appello con la procedura che sarà in seguito esaminata.

Benefici a richiesta del soggetto

La War pensioner's mobility supplement (può essere erogata in due modi: in un'unica soluzione annuale di 2762p, o settimanalmente di 52.25p).

Se si ha difficoltà nel cammino e tale difficoltà è collegabile totalmente o in parte alla lesione per cui si è richiesta la WPD.

Fino al 7 aprile 1997 bastava un 20% per accedervi, ora è necessario il 40%.

Per concedere questa indennità si fa riferimento ai parametri del DLA (Disability Living Allowance) che comprende una serie di test specifici per valutare la capacità deambulatoria.

I pagamenti sono effettuati anche se il beneficiario è ricoverato in un Ospedale o in una Residenza della HM Armed Forces.

Questa pensione è concessa anche agli ipovedenti con valutazione dal 90% e agli ipoacusici con valutazione dall'80%.

Constant attendance allowance (esistono diversi importi erogati in base alle diverse necessità di assistenza: 30.10 pw part time rate, 60.20 pw normal maximum rate, 90.30 pw intermediate rate, 120.40 pw exceptional rate).

Viene erogata quando si ha almeno un 80% di disablement e si ha bisogno di un'assistenza continuata.

I vari importi dipendono dal tipo di assistenza di cui si ha bisogno; di solito l'importo più alto è riservato per i malati in fase terminale.

Dopo 4 settimane dal ricovero in Ospedale pubblico (gestito dal NHS) l'indennità viene sospesa.

Unemployability supplement (98,55 pw più 54,75 pw per un adulto a carico fiscalmente, 12,75 pw per il primo figlio, 14,95 pw per gli altri bambini).

Gli importi sono indicativi in quanto dipendono dal reddito della moglie, se i figli sono iscritti ad un corso di studio o se ricevono sussidi (come chi frequenta le scuole professionali).

Viene erogata quando si ha almeno un 60% di disablement (fino al 7 aprile 1997 era del 20% e non vi erano limiti di età del richiedente che sono stati portati sotto i 65 anni sempre da questa data) e quando il militare ha dei familiari.

Allowance for lowered standard occupation (fino a 60,12 pw).

Quando si ha almeno un 40% di disablement che impedisce di eseguire una normale occupazione o un lavoro secondo dei parametri standard.

Quando è richiesta questa indennità di solito è l'anticamera per chiedere il congedo dall'esercito.

Clothing allowance (max 205 £ ad anno).

Viene concessa quando la disabilità provoca logorio degli abiti (per incontinenza, o arti artificiali).

Treatment allowance: pagato quando nonostante una integrazione lavorativa, il disabile è costretto ad assentarsi dal lavoro (e quindi non è pagato o riceve la Statutory sick pay) per ricorrere a cure ospedaliere o riabilitative.

Esistono poi una serie di benefici che sono erogati automaticamente quando sussistono determinate condizioni.

Benefici erogati automaticamente

Exceptionally severe disablement allowance: (60.20 pw) se il disabile non può sostenere un orario di lavoro a tempo pieno.

Severe disablement occupational allowance: (30.10 pw) quando nonostante la disabilità si riesce a svolgere il proprio lavoro normalmente.

Comforts allowance: (12.95 pw, 25.90 pw varia in base alla valutazione sui bisogni assistenziali) sono dei supplementi pagati per chi non può più svolgere il proprio servizio o a bisogno di assistenza continuata.

Age allowance: (dai 10.70 pw ai 32.80 pw varia in base al grado di menomazione) è una indennità variabile erogata dopo i 65 anni se uno ha una disabilità di almeno il 40%.

Benefici particolari

Infine si possono ancora richiedere tutta una serie di ulteriori benefici, che sono erogati solo per particolari occasioni, ma che in caso di rifiuto non possono essere appellati.

- Hospital treatment expenses: è un' indennità che viene concessa per coprire le spese di viaggio e il soggiorno necessario ad esempio per raggiungere un centro specializzato nelle protesi di arti.
- Può venire coperta anche la perdita di guadagno causata dall' incapacità lavorativa nel periodo di soggiorno in questi centri.
- Può essere concessa anche per un accompagnatore.
- Private treatment: rimborsa le spese sostenute per trattamenti non coperti dal NHS, come l'osteopatia e l'agopuntura.
- Priority treatment: è un accesso privilegiato al NHS (in pratica è un saltare le liste di attesa e il potere scegliere da chi essere visitati).
- Chiropody: la parcella del chiropodista viene rimborsata, anche se non rientra nel NHS (è allo studio una legge per far rientrare queste cure nel NHS).
- Appliances: se attraverso il NHS uno non può ottenere gratuitamente sedie ortopediche, occhiali, nebulizzatori, corsetti e protesi odontotecniche e trattamenti odontoiatrici, questi possono venire coperti da questo beneficio.
- Home adaptation grant: fino a 30000 sterline (varia in relazione al reddito) sono rimborsati piccoli adattamenti per la casa come le pedane elettriche per le scale; viene utilizzato solo quando le autorità locali hanno negato tali adattamenti attraverso le vie ordinarie.
- Nursing home fees: se uno necessita di una assistenza infermieristica particolare e continuata può rinunciando ai benefici del Constant attendance allowance far sì che il conto dell'assistenza sia pagato direttamente dal WPD.
- Short term breaks: copre i costi dell'assistenza infermieristica fino a un massimo di 4 settimane; serve per chi è in convalescenza ad esempio dopo un intervento chirurgico.
- Respite breaks: copre i costi della assistenza infermieristica quando uno dimostra che dal punto di vista medico ha bisogno di sospendere il lavoro per seguire delle cure, e dopo può riprendere il lavoro.

La concessione di tutti i benefici è subordinata ad una valutazione medica, nella quale, accanto ad aspetti di percentualizzazione del danno, vengono effettuate anche valutazioni funzionali e cliniche sulla necessità delle cure e sulla possibilità di coprire le spese mediche ed assistenziali.

In Inghilterra per tutti i benefici sociali si ha una valutazione omogenea, ed anche gli organi valutativi e di ricorso sono i medesimi, tranne per la WDP i cui ricorsi vengono fatti al *Pensions Appeal Tribunal (PAT)*, che è una sezione indipendente del Lord Chancellor's office.

Tale situazione non è stata cambiata neanche dal Social Security Act 1998 che ha cercato di omogeneizzare ulteriormente i metodi valutativi e di ricorso per accedere ai benefici sociali.

L'iter amministrativo prevede l'inoltro della pratica al War Pensioner's Welfare Office che fa parte dei DSS (Department of Social Security).

Questa struttura ha medici convenzionati che visitano e stilano i report per i vari soggetti che si rivolgono a loro.

L'interessato può anche allegare alla domanda il report di un medico di sua fiducia, e in questo caso verranno prese in considerazione entrambe le relazioni.

La DSS inoltra quindi la pratica alla War Pensions Agency che provvede a far visitare il richiedente da medici militari o convenzionati e quindi, in base alle risultanze mediche, esprime un giudizio conclusivo.

Contro questo giudizio si può far ricorso al *Pensions Appeal Tribunal (PAT)*; il PAT è composto da un presidente (un avvocato), da un medico e da un militare che deve avere uno stato di servizio il più simile possibile alla persona che ha fatto ricorso.

Dalla domanda del ricorso alla visita passano in media 18 mesi, in quanto il PAT deve preparare tutta la documentazione medica e non amministrativa.

È possibile richiedere ulteriori esami medici prima del dibattimento; in udienza si ascolterà l'interessato e si valuterà in base ai documenti acquisiti precedentemente; non è ammesso presentare in udienza nuove prove, salvo stati di aggravamento non contestabili.

Contro il parere del PAT il ricorso è possibile solo alla High Court (in pratica da un processo speciale si passa ad uno ordinario).

Per chi ha prestato servizio militare non vi sono limiti di tempo per richiedere la WPD dopo l'abbandono del servizio attivo sia per congedo che per vecchiaia.

Se viene riconosciuta la WPD questa parte dalla data della domanda ai DSS, ma se si dimostra che è insorta prima può partire da questa data.

Fino a 7 anni dal momento della cessazione del servizio vi è una presunzione di legge per cui qualsiasi malattia insorta è collegata al servizio reso, tutto ciò nell'ottica della massima tutela di un servizio militare che è solo volontario ed anche per richiamare più soggetti all'arruolamento con la ferma minima.

Ad esempio, una Sclerosi Multipla, contratta entro il 7° anno dal congedo militare, viene automaticamente considerata collegata al servizio e si potranno richiedere i benefici prima analizzati.

Trascorsi 7 anni dalla cessazione del servizio militare scatta, invece, l'onere della prova a carico del richiedente che, nella domanda al WDP, deve allegare le prove che la malattia o la menomazione è dipendente dal servizio reso.

A causa dei numerosi ricorsi giudiziari in corso, allo studio diverse proposte legislative per facilitarne il riconoscimento anche in questi casi, sempre nell'ottica di invogliare i cittadini ad arruolarsi.

Per i civili, ad esempio chi presta servizio nella Territorial Army, il lasso di tempo per richiedere la WDP è di 3 mesi.

La differenza tra la pensionistica privilegiata dei militari e gli indennizzi che avvengono per infortuni e malattie professionali, o per altre cause, (si rimanda agli articoli in bibliografia per approfondimenti), si incentra non su una differente valutazione delle menomazioni e delle malattie, ma su un ampliamento del loro riconoscimento collegato al servizio militare stesso, e su una serie di benefici aggiuntivi estremamente specifici, ma modulabili in riferimento alle esigenze e al reddito.

RIASSUNTO

L'articolo tratta del Sistema Pensionistico Inglese, nello specifico della pensione di guerra.

Si è analizzato tale sistema per proposte e spunti futuri in ambito del Sistema Sociale Italiano, che dovrà essere rielaborato sia per la sostenibilità economica dello stesso, sia per l'unificazione nei vari ambiti (lavoro, causa di servizio, guerra, invalidità civile,).

L'articolo si ricollega ad un altro articolo precedentemente pubblicato sempre su questa rivista, che analizzava il sistema assicurativo pubblico per gli infortuni e le malattie professionali in Inghilterra e nel Galles (fascicolo 1-2 del 2000).

SUMMARY

The article deals with the Retirement System English, specifically the war pension. The author analyzes this system for future proposals and ideas within the Italian Social System, that will be adjusted for the economic sustainability and the unifying of the various domains (work, cause of service, war, civil disability).

The article is linked to another article previously published in this journal, that analyzed the public insurance system for occupational accidents and occupational diseases in England and Wales (file 1-2 in 2000).

BIBLIOGRAFIA

Social Security Contributions and Benefit Act, 1992.

[1] *Social Security Administration Act*, 1992.

[2] *Social Security (Adjudication) Regulations*, 1995.

[3] *Social Security (Industrial Injuries) (Prescribed Diseases) Regulations*, 1985.

[4] *Social Security (General Benefit) Regulations*, 1982.

[5] *Social Security (Claims and Payment) Regulations*, 1987.

[6] The Naval, Military and Air Forces (Disablement and Death) Service Pension Order 1983, revisionato molte volte: ultima revisione SI1999/294.

[7] Vaccine Damage Payments Act 1979 e successive modifiche.

[8] *Criminal Injuries Compensation Act*, 1995.

[9] D.P.R. 29 DICEMBRE 1973, N. 1092: *Approvazione del testo unico delle norme sul trattamento di quiescenza dei dipendenti civili e militari dello Stato*, pubblicato nel *Suppl. Ord della G.U.* 9 maggio 1974, n. 120.

[10] P. MONDINI, V. DEL GAUDIO, C. TESSARIN: *L'indennità economica di malattia in Gran Bretagna. Un modello applicabile in Italia?*, *MP (Medicina Previdenziale INPS)*, n. 2, 2001, 10-18.

[11] P. MONDINI, S. JOURDAN, M. ROSSI: *Il sistema di indennizzo delle vittime di azioni criminali nel Regno Unito*, *MP (Medicina Previdenziale INPS)*, n. 2, 2001, 19-35.

[12] P. MONDINI, S. JOURDAN, M. ROSSI: *Il sistema assicurativo pubblico per gli infortuni e le malattie professionali in Inghilterra e nel Galles*, *Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali*, fascicolo n. 1-2 gennaio-aprile 2000, 109-121.

Tabella 1

Percentuali di valutazione del danno visivo.

		6/6	5/6	6/9	5/9	6/12	6/18	6/24	6/36	6/60	4/60	3/60	-1/20
		1-0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,15	1/15	1/20	-1/20
6/6	1-0,9	0	0	2	3	4	6	9	12	16	23	25	27
5/6	0,8	0	0	3	4	5	7	10	14	18	24	26	28
6/9	0,7	2	3	4	5	6	8	12	16	20	26	28	30
5/9	0,6	3	4	5	6	7	10	14	19	22	29	32	35
6/12	0,5	4	5	6	7	8	12	17	22	25	32	36	40
6/18	0,4	6	7	8	10	12	16	20	25	28	35	40	45
6/24	0,3	9	10	12	14	17	20	25	33	38	47	52	60
6/36	0,2	12	14	16	19	22	25	33	47	55	67	75	80
	0,15	16	18	20	22	25	28	38	55	63	78	83	88
6/60	0,1	20	22	24	26	28	31	42	60	70	85	90	95
4/60	1/15	23	24	26	29	32	35	47	67	85	92	95	98
3/60	1/20	24	26	28	32	36	40	52	75	90	95	98	100
	-1/20	27	28	30	35	40	45	60	80	95	98	100	100

Tabella 2

Percentuali di valutazione del danno uditivo.

1,2,3 KHz Media	Toni Puri HL	ORECCHIO PEGGIORE																		
		dB	50-5	54-60	61-66	67-72	73-79	80-86	87-95	96-105	106+									
Tono puro HL																				
O M	50-53		20	22	24	26	28	30	32	34	36									
R I	54-60		22	30	32	34	36	38	40	42	44									
E G	61-66		24	32	40	42	44	46	48	50	52									
C L	67-72		26	34	42	50	52	54	56	58	60									
C I	73-79		28	36	44	52	60	62	64	66	68									
H O	80-86		30	38	46	54	62	70	72	74	76									
I R	87-95		32	40	48	56	64	72	80	82	84									
O E	96-105		34	42	50	58	66	74	82	90	92									
	106		36	44	52	60	68	76	84	92	100									