



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Direzione Generale del Personale e delle Risorse  
Ufficio IV - Relazioni Sindacali

Ai rappresentanti delle OO.SS. del  
Personale non dirigente del Corpo di Polizia Penitenziaria  
Area Negoziale Dirigenti di Polizia Penitenziaria  
Carriera Dirigenziale Penitenziaria  
e, p.c. All'ufficio V-Trattamento Economico e  
Previdenziale

**OGGETTO:** Nuovi modelli di rapporti informativi inerenti il riconoscimento della dipendenza o meno da causa di servizio delle infermità.

Si trasmette, per opportuna informativa, la nota n.0446552.U datata 30 novembre 2021, dell'Ufficio V-Trattamento Economico e Previdenziale, concernente l'argomento in oggetto indicato.

IL DIRETTORE  
Dr.ssa Ida Del Grosso



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Direzione Generale del Personale e delle Risorse  
Ufficio V - Trattamento Economico e Previdenziale



Alle Direzioni Generali

Ai Provveditorati Regionali

Alle Direzioni degli II. PP.

Alle Direzioni delle Scuole  
ed Istituti di Formazione dell'Amministrazione penitenziaria

Agli Uffici  
del Capo del Dipartimento

e, p.c.

Al Signor Capo del Dipartimento

Al Signor Capo del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità

Al Signor vice Capo del Dipartimento

All'Ufficio IV - Relazioni Sindacali

LORO SEDI

OGGETTO: Nuovi modelli di rapporti informativi inerenti il riconoscimento della dipendenza o meno da causa di servizio delle infermità.

Al fine di rendere maggiormente proficua l'attività inerente il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio delle infermità per il personale delle varie Amministrazioni, il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento dell'Amministrazione Generale del Personale e dei Servizi - Comitato di Verifica per le Cause di Servizio, con nota del 15 novembre 2021 ha rappresentato la necessità di adottare una nuova scheda informativa nonché nuovi modelli da allegare alla medesima in relazione alle diverse tipologie di patologie (traumatiche e non).



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Direzione Generale del Personale e delle Risorse  
Ufficio V - Trattamento Economico e Previdenziale

Nell'ottica di una più proficua collaborazione e snellimento delle procedure, tale Organo ha raccomandato, pertanto, a tutte le Amministrazioni di voler utilizzare tempestivamente, esclusivamente, i nuovi modelli adottati.

Ciò premesso, si trasmettono i moduli personalizzati per l'uso esclusivo di questa Amministrazione:

1. Scheda informativa (**allegato 1**), da inviare per ogni pratica di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio corredata dallo specifico rapporto informativo relativo alla patologia sofferta, secondo i seguenti stampati:
  - a) ipertensione, infarto miocardio, patologie cardiovascolari e patologie da somatizzazione (es. gastriti, coliti, ecc....) (**allegato A**);
  - b) patologie discali ed artrosiche della colonna vertebrale (**allegato B**);
  - c) patologie da sovraccarico arti superiori (**allegato C**);
  - d) patologie di natura neoplastica (**allegato D**);
  - e) determina su riesame a seguito di parere espresso dal Comitato (**allegato E**).

Per completezza, si evidenzia che per quanto non disposto diversamente con la presente ministeriale restano confermate le precedenti indicazioni fornite con nota n. 0295674 del 12 settembre 2016<sup>1</sup> in materia di documentazione e modalità di trasmissione, significando che la pratica completa inerente ciascun dipendente dovrà essere inviata al seguente nuovo indirizzo di posta elettronica certificata: [prot.dgpr.dap@giustiziacert.it](mailto:prot.dgpr.dap@giustiziacert.it)

Nel ringraziare ed auspicare di non far mancare la consueta fattiva collaborazione, si coglie l'occasione per salutare cordialmente.

Il Direttore Generale  
Massimo Parisi

<sup>1</sup> Trasmissione telematica della documentazione relativa a prestazioni pensionistiche e richieste di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio di infermità per il personale in servizio e cessato.



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## **SCHEDA INFORMATIVA**

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

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA di NASCITA: \_\_\_\_\_

QUALIFICA: \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO DAL: \_\_\_\_\_

IN CONGEDO DAL: \_\_\_\_\_

### **PER PATOLOGIE TRAUMATICHE (Infortuni in servizio ed itinere)**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## PER PATOLOGIE NON TRAUMATICHE

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

1) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

2) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

3) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

4) Attività: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

---

---

---

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

1) Attività svolte all'interno NO

SI  Specificare quali \_\_\_\_\_

---

---



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

- 2) Attività svolte all'esterno
- NO
- SI  Specificare quali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Precisare in particolare:

- a) a bordo di autoveicoli
- NO
- SI  Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

- b) a bordo di motoveicoli
- NO
- SI  Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

- c) natanti e/o velivoli
- NO
- SI  Specificare quali \_\_\_\_\_  
Specificare durata imbarco totale \_\_\_\_\_  
Specificare ore aeronavigazione \_\_\_\_\_

- d) altri mezzi
- NO
- SI  Specificare quali \_\_\_\_\_  
Specificare KM annui (circa) \_\_\_\_\_

- 3) Lavori a turni notturni (fascia oraria 22-5)
- NO
- SI  Specificare: numero/anno \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_

4) Ore annuali medie straordinario \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

---

Patologia richiesta

Redatto questionario allegato:

INFORTUNIO IN SERVIZIO

INFORTUNIO IN ITINERE

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO ARTI SUPERIORI

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO COLONNA

IPERTENSIONE ARTERIOSA, INFARTO MIOCARDICO  
PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI E PATOLOGIE DA SOMATIZZAZIONE

MALATTIE ONCOLOGICHE

MALATTIE PSICHIATRICHE

PATOLOGIE RESPIRATORIE

RICHIESTA RIESAME

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore

---



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

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

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

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

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO SULL'ATTIVITA' DI SERVIZIO SVOLTA DAL RICHIEDENTE

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

#### A) responsabilità

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

specificare: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### B) operatività

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

specificare: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

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

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

specificare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D) missioni all'estero o attività equiparabile

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

specificare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E) ulteriori elementi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore

\_\_\_\_\_



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

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

### **PATOLOGIE DISCALI ED ARTROSICHE DELLA COLONNA VERTEBRALE**

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

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

#### MANSIONE

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

PESO MEDIO MOVIMENTATO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ESEGUITA CON CONTINUITA' DURANTE IL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA ALMENO NELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA MENO DELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

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

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE \_\_\_\_\_

ASSENTE

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

PRESENTE

ASSENTE

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

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

### **PATOLOGIE DA SOVRACCARICO ARTI SUPERIORI**

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

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

#### ATTIVITA'

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

PESO MEDIO MOVIMENTATO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ESEGUITA CON CONTINUITA' DURANTE IL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA ALMENO NELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA MENO DELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

➤ VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE \_\_\_\_\_

ASSENTE

➤ SOVRACCARICO BIOMECCANICO PER ATTIVITA' ESEGUITE CON RITMI CONTINUI,  
MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE \_\_\_\_\_

ASSENTE

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

PRESENTE

ASSENTE

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

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

### PATOLOGIE ONCOLOGICHE

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

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

Mansione 1)

Attività svolta (breve descrizione) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

1

2

3

Agenti chimici \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Metodo (riportare i metodi di campionamento e analisi adottati) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo di esposizione (giorni/anno) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data inizio esposizione \_\_\_\_\_

Data fine esposizione \_\_\_\_\_

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



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Mansione 2)

Attività svolta (breve descrizione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- 1   
2   
3

Agenti chimici \_\_\_\_\_

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

Valore (riportare il valore dell'esposizione così come indicato nella valutazione del rischio)<sup>2</sup>  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metodo (riportare i metodi di campionamento e analisi adottati) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tempo di esposizione (giorni/anno) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data inizio esposizione \_\_\_\_\_

Data fine esposizione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore

\_\_\_\_\_

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

pag. 2 di 2  
Rapporto informativo patologico oncologico.pdf



# Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

## **DETERMINA SU RIESAME (A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE COMPETENTE)**

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

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA di NASCITA: \_\_\_\_\_

QUALIFICA: \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO DAL: \_\_\_\_\_

IN CONGEDO DAL: \_\_\_\_\_

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

NON possono essere accolte in quanto:

*(barrare il caso che interessa)*

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

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

*(barrare il caso che interessa)*

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

Data \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO