

LINEE DI INDIRIZZO
E ASPETTI
MEDICO LEGALI DELLE

CERTIFICAZIONI MEDICHE



LINEE DI INDIRIZZO ED ASPETTI MEDICO LEGALI DELLE **CERTIFICAZIONI MEDICHE**

Realizzazione Editoriale:
Consiglio Ordine Provinciale di Roma
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Presidente: MAGI Antonio

Vice Presidente: DE LILLO Stefano

Segretario: PATRIZI Cristina

Tesoriere: COEN TIRELLI Guido

Consiglieri Medici Chirurghi:

AWAD HUSSEIN Musa, BARTOLETTI Emanuele,
BIANCO Vincenzo, DAMIANI Gianfranco, DI BLASI Aldo,
DI FONSO Marina, ISIDORI Andrea, GATTA Luisa,
GRIMALDI Valentina, PULCINI Ivo, TARSITANO Maria Grazia

Consiglieri Odontoiatri:

POLLIFRONE Brunello (Presidente CAO),
SANTANELLO Sabrina (Vice Presidente CAO),
MIGLIANO Giovanni (Segretario CAO),
ILLUZZI Nicola, MARZO Giuseppe

Collegio dei Revisori dei Conti:

CUFFARI Alfredo (Revisore Effettivo),
MANIERI Antonio (Revisore Effettivo),
CARNOVALE Giovanni (Revisore Supplente)

La stesura del volume è stata curata dalla Dott.ssa
Cristina PATRIZI, Segretario dell'Ordine Provinciale di Roma
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Si ringrazia il Comitato Editoriale
per il prezioso contributo alla realizzazione del Volume:
V. Liviero, G. Magnelli, L.T. Marsella, A. Messineo,
C. Patrizi, M. Treglia

Autori del Volume:

G. Aloise, G. Carbone, A. Cavalli, F. Ciprani, L. Coppeta,
L. De Zorzi, R. Franceschetti, S. Fazioli, S. Ferracuti,
M.M. Fiorentino, A. Furia, V. Liviero, G. Magnelli, G. Mandarelli,
L. T. Marsella, A. Mele, A. Messineo, A. Monzio Compagnoni,
M.S. Occhiprossi, A. Ossicini, M. Pallocci, C. Patrizi, G. Petroni,
I. Pulcini, P. Rossi, A. Sacco, M. Sani, R.M. Scalise, R. Serino,
A.G. Serio, F. Torchia, M. Treglia, D. Zamperini

Si ringrazia per il supporto organizzativo e di redazione l'U.d.P
Presidenza e Segreteria Organi Istituzionali dell'Omceo Roma
ed in particolare la Sig.ra Alessandra Rufo



LINEE DI INDIRIZZO E ASPETTI
MEDICO LEGALI DELLE

CERTIFICAZIONI MEDICHE



*Consapevole dell'importanza e della solennità
dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:
...di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute
fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo
dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà
della persona cui con costante impegno scientifico,
culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale...*

(dal Giuramento di Ippocrate – testo moderno)

*Il Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri dedica questo lavoro
alla memoria dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
che hanno dato la vita per tenere fede a questo giuramento*

PRESENTAZIONE

a cura di Antonio Magi,
Presidente dell'Ordine Provinciale di Roma
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Sono lieto ed onorato di presentare alla platea dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri Romani e della nostra Provincia, alle Istituzioni ed agli Enti Pubblici dello Stato, dei quali rappresentiamo organismo sussidiario, il lavoro di rivisitazione ed aggiornamento dei numerosi temi medico legali di interesse certificatorio.

Un impegno che ha visto il grande lavoro della apposita commissione “volume certificazioni” protrattosi a lungo ed intrecciato con il difficile periodo pandemico che ci vede impegnati da oltre 14 mesi.

Il mio personale ringraziamento a tutti gli autori ed al Coordinatore dei lavori dr.ssa Cristina Patrizi che ci hanno consentito di produrre questo importante ed atteso lavoro che auspico possa divenire un pratico punto di riferimento atto a fornire chiarezza e dissipare i tanti dubbi correlati alle numerose tematiche trattate.

Il volume sarà reso disponibile in formato Pdf sul sito dell' Omceo Roma e pubblicato in circa 4000 copie per potere essere distribuito in formato cartaceo a tutti i nuovi iscritti, per i prossimi anni della attuale consiliatura, certi di offrire ai giovani colleghi un maneggevole strumento di consultazione ed a tutti un punto di riferimento autorevole.

INTRODUZIONE

a cura di Cristina Patrizi,
Segretario dell'Ordine Provinciale di Roma
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*È un privilegio ed un grandissimo onore aver coordinato i lunghi lavori di elaborazione e pubblicazione del presente volume “**Linee di indirizzo ed aspetti medico legale delle certificazioni mediche**”.*

Ritenevamo, come Consiglio, indispensabile addivenire ad una rivisitazione aggiornata e il più possibile completa delle principali tematiche certificatorie, oggetto di interesse quotidiano per i medici ai quali pervengono costantemente le più svariate e spesso “sui generis” richieste di rilascio di certificazione medica o attestazioni medico legali.

Abbiamo coinvolto in tale complesso lavoro le migliori espressioni della nostra professione, per ogni singolo aspetto trattato, certi che tale attività non dovesse essere il frutto di un’operazione autoreferenziale bensì che fosse necessario ascoltare e dare la parola ai nostri colleghi quotidianamente al servizio sia dei cittadini che della professione medesima, all’ interno delle varie istituzioni coinvolte e del territorio, siano essi enti pubblici (Inps, Inail, Polizia di Stato) che Università, Asl, Medici di famiglia, Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri.

Molteplici riunioni e revisioni preliminari, incontri, aggiustamenti successivi; quando eravamo pronti per la conclusione, nel febbraio u.s., la terribile pandemia che tuttora stiamo vivendo, ha stravolto le nostre vite ed i nostri programmi, richiedendo ogni sforzo operativo, ogni energia fisica e mentale per fronteggiarla adeguatamente.

Ma siamo arrivati alla conclusione, con la soddisfazione che solo il lavoro correttamente portato a termine può compiutamente donare e con l’auspicio di aver contribuito a fare chiarezza sui tanti temi qui trattati, consentendo ai nostri colleghi di avere un testo autorevole a garanzia di qualità e valore cui fare riferimento nei tanti momenti di esitazione cui una richiesta certificatoria potrebbe indurci.

11 capitoli, 33 autori ai quali va il più profondo ringraziamento da parte dell' intero Consiglio dell' Ordine dei Medici Roma e mio personale.

Un particolare ringraziamento ai colleghi del comitato editoriale , impegnati come nella puntuale e certosina revisione dei lavori pervenuti: la dr.ssa Vincenza Livoiero, il dr. Gianfranco Magnelli, il Prof. Agostino Messineo e il dr. Michele Treglia, senza il loro contributo non avremmo raggiunto questo risultato finale.

Aggiornamenti inseriti fino al 18 maggio u.s. con le ultime circolari ministeriali in tema di riammisione al lavoro; dalla certificazione di malattia al TSO alla invalidità civile e pensionabile agli infortuni sul lavoro, le patenti, speciali e non, la maternità con le sue numerose esigenze certificative, il porto d' armi, le certificazioni militari e di volo, la certificazione di morte, le certificazioni psichiatriche e l' idoneità a testare, le tante richieste protesiche, le certificazioni sportive e quelle per i medici competenti ed infine le innumerevoli certificazioni correlate alla malattia da Coronavirus SARS Cov2.

Un lavoro dedicato a tutti i nostri colleghi deceduti sul campo, lasciando la vita per onorare la nostra professione, certi che ogni contributo può essere decisivo nell' assunzione di quelle scelte decisionali che possono cambiare, a volte, il destino stesso dei nostri pazienti.

Linee di indirizzo e aspetti medico legali delle certificazioni mediche

CAPITOLO I

LE RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

1.1 La responsabilità professionale del medico	10
<i>V. Liviero</i>	
1.2 Il medico e il codice civile	27
<i>D. Zamperini</i>	
1.3 Aspetti deontologici	33
<i>L.T. Marsella, M.Treglia, M. Pallocci</i>	
1.4 Il referto	37
<i>M. Treglia, M. Pallocci</i>	
1.5 Certificazioni in tema di omicidio stradale e lesioni personali	42
<i>G. Aloise, G. Carbone</i>	

CAPITOLO II

DALLA NASCITA ALLA MORTE

2.1 Certificazione e modulistica in campo ostetrico e ginecologico	45
<i>M. Sani</i>	
2.2 Morte encefalica, donazione d'organi e tessuti	57
<i>R. Serino</i>	
2.3 La certificazione di morte	82
<i>D. Zamperini, M.S. Occhigrossi, V. Liviero</i>	

CAPITOLO III	
CERTIFICAZIONI E SPORT	89
<i>R. Franceschetti, I. Pulcini, C. Patrizi</i>	
CAPITOLO IV	
CERTIFICAZIONI PSICHIATRICHE: INTERDIZIONE	
CAPACITÀ DI TESTARE – AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO – TSO	
4.1 Interdizione, capacità di testare, Amministrazione di sostegno	122
<i>S. Ferracuti, G. Mandarelli, L.T. Marsella, G. Petroni</i>	
4.2 Trattamento sanitario obbligatorio	131
<i>R.M. Scalise</i>	
CAPITOLO V	
PORTO D'ARMI E RELATIVE CERTIFICAZIONI	135
<i>F. Ciprani, A.G. Serio</i>	
CAPITOLO VI	
PATENTE DI GUIDA E PATENTI SPECIALI	143
<i>G. Aloise, G. Carbone</i>	
CAPITOLO VII	
CERTIFICAZIONI MEDICHE RELATIVE AI SERVIZI	
DI NAVIGAZIONE AEREA PER L'AVIAZIONE CIVILE	189
<i>F. Torchia, A. Furia</i>	
CAPITOLO VIII	
ATTIVITÀ E CERTIFICAZIONI DEL MEDICO COMPETENTE	195
<i>A. Messineo, L. Coppeta, A. Sacco</i>	

CAPITOLO IX

LE CERTIFICAZIONI DI INFORTUNIO E DI MALATTIA PROFESSIONALE

235

A. Mele, P. Rossi, A. Ossicini

CAPITOLO X

LE CERTIFICAZIONI A FINI PREVIDENZIALI, ASSISTENZIALI E DI MALATTIA

10.1 Le certificazioni di malattia

251

L. De Zorzi, C. Patrizi

10.2 Certificazioni di invalidità civile e legge 104

270

G. Magnelli, A. Cavalli, C. Patrizi, C. Monzio Compagnoni

10.3 Invalidità pensionabile

290

A. Cavalli, G. Magnelli

10.4 Certificazioni nell'assistenza protesica

308

M.S. Occhigrossi, M.M. Fiorentino †

CAPITOLO XI

ATTUALITÀ: CERTIFICAZIONI IN TEMA COVID

11.1 Le certificazioni per infortunio da SARS COV 2

312

P. Rossi, A. Mele, A. Ossicini

11.2 Lavoratori fragili ed idoneità

321

A. Messineo, S. Fazioli

11.3 La tutela sanitaria degli atleti in tempi di Covid

325

R. Franceschetti, I. Pulcini

11.4 Schemi Sintetici e Certificazioni Covid e ultime raccomandazioni

ministeriali sulle certificazioni per il rientro al lavoro

331

CAPITOLO I

LE RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

1.1 La responsabilità professionale del medico

V. Liviero

Nell'esercizio della sua professione il medico può incorrere in diversi tipi di responsabilità: penale, civile e disciplinare, che conseguono a:

- 1) inosservanza degli obblighi o violazione dei divieti imposti al medico dalle leggi e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione;
- 2) trasgressione dei doveri di ufficio o di servizio inerenti al rapporto di impiego subordinato da enti pubblici o privati;
- 3) inadempimento delle obbligazioni nascenti dal contratto di prestazione d'opera nei confronti del cliente privato;
- 4) errata applicazione delle regole diagnostico-terapeutiche da cui derivi un danno al paziente (lesione personale o morte).

La responsabilità penale del medico sorge quando la violazione dei doveri professionali costituisce un reato previsto dal codice penale o sia punita dalle disposizioni contenute nel T.U.L.S. o in altre leggi quali le norme in materia di sostanze stupefacenti, di vivisezione o di interruzione volontaria di gravidanza.

La responsabilità può essere dolosa o colposa, commissiva od omissionis, può configurare reati comuni (lesione personale, omicidio colposo) oppure costituire reati esclusivi e propri della professione medica, come la falsità ideologica o l'omissione di referto.

La responsabilità dolosa è rappresentata da trasgressioni volontarie e coscienti, tali da presupporre il dolo, collegate con l'esercizio della professione sanitaria: omissione di referto o di rapporto (art. 365 c.p.), interruzione illecita della

gravidanza (art. 18 e 19, legge 22 maggio 1978, n. 194), rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.) o d'ufficio (art. 326 c.p.), falsità in atti (art. 476-493 c.p.), comparaggio (art. 170 T.U.L.S.), commercio di campioni medicinali (art. 173 T.U.L.S.), prescrizione illecita di sostanze stupefacenti (art. 43 legge 22 dicembre 1975, n. 685), omissione di denuncia obbligatoria, uso illegittimo del cadavere (art. 413 c.p.) ed infine i reati di sequestro di persona, violenza privata, ispezione corporale arbitraria e incapacità mentale procurata mediante violenza che possono configurarsi anche in seguito a trattamenti sanitari senza consenso del paziente.

La responsabilità colposa è la forma tipica e più frequente di responsabilità professionale: si realizza, ai sensi dell'art. 43 c.p., quando un medico, per negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica), cagiona, senza volerlo, la morte o una lesione personale del paziente.

Nell'ipotesi di colpa specifica, la violazione di norme imposte per legge di solito comporta la presunzione di colpa nei riguardi dei danni consequenti, senza possibilità da parte del medico di fornire prova contraria (errore inescusabile). La colpa generica, e quindi la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia, deve essere individuata in base ad alcuni parametri:

- a) criterio della regola tecnica: valuta se e di quanto si è discostata la condotta senza motivo logico dalle direttive teoriche e pratiche scientificamente collaudate.
- b) criterio della preparazione media: l'errore del singolo viene giudicata sul metro della preparazione media dei medici: si considera imperito non il medico ignorante in astratto, ma colui che non sa quello che un comune medico dovrebbe sapere; si considera negligente chi trascura quelle regole che gli altri osservano nella stessa circostanza; si considera imprudente chi usa metodi rischiosi in maniera non conforme o senza reale necessità.
- c) criterio delle circostanze soggettive e oggettive. Le condizioni soggettive riguardano la posizione professionale del medico ed il suo grado di preparazione. La responsabilità da imperizia grava più sul medico specialista che sul generico, la responsabilità da imprudenza può gravare più sul medico generico se si è avventurato in tecniche complicate di cui non possedeva la necessaria competenza; la responsabilità da negligenza grava parimenti su ogni medico. Le condizioni oggettive riguardano le diversità fra un caso clinico e l'altro, le circostanze di tempo e di luogo e le modalità proprie dell'intervento professionale.

La colpa può essere: 1) grave, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di tutti gli uomini, tale da essere inescusabile; 2) lieve, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di ogni uomo di media capacità. La tematica della responsabilità penale del sanitario è stata interessata recentemente da diverse riforme che hanno provocato numerosi commenti da parte della dottrina e degli operatori del diritto.

La legge di conversione del c.d. Decreto Sanità (*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*), approvata in via definitiva dal Senato il 31 ottobre 2012, contiene un'importante modifica concernente il diritto penale rispetto al testo del decreto legge. L'art. 3, comma 1, nella versione originaria del decreto in questione, testualmente recitava: *"Fermo restando il disposto dell'art. 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente le professioni sanitarie il giudice, ai sensi dell'art. 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale"*.

La versione modificata dalla Camera dei Deputati, ed approvata in lettura conforme dal Senato, dispone invece: *"L'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo"*.

Mentre, dunque, la versione originaria della disposizione contenuta nel decreto legge aveva esclusiva rilevanza civilistica, il testo risultante dalla conversione in legge fa un chiaro riferimento alla responsabilità penale dell'esercente le professioni sanitarie, escludendo la responsabilità penale nell'ipotesi in cui il medico si sia attenuto alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Il nuovo criterio è quindi: se il sanitario si attiene alle linee-guida può essere ritenuto responsabile unicamente se è in colpa grave, non se è in colpa lieve.

Non v'è dubbio che la riforma Balduzzi aveva introdotto nel panorama della responsabilità penale del sanitario due significativi elementi di novità.

In primo luogo, il legislatore valorizzava il ruolo che ricoprono nella tematica *de qua* le linee-guida e le buone pratiche terapeutiche, purché corroborate dal sapere scientifico. Oltre a ciò, l'art. 3 della legge n. 189 introduceva un altro elemento di forte discontinuità rispetto al passato: per la prima volta nell'am-

bito della disciplina penale dell'imputazione soggettiva si fa riferimento alla distinzione tra colpa lieve e colpa grave ed essa ricopre in termini di punibilità del reo un'importanza decisiva.

Com'è risaputo, il codice penale italiano non prevede una distinzione tra queste due tipologie di colpa; l'art. 43 c.p. dà infatti unicamente una definizione di delitto colposo (o contro l'intenzione), disponendo che esso viene in essere quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. Nulla è previsto, invece, in merito ai concetti di "colpa grave" e di "colpa lieve". In dottrina e in giurisprudenza si rileva che la graduazione della colpa può trovare rilievo, ex art. 133 c.p., in merito alla commisurazione della pena. Il giudice, infatti, ai sensi del suddetto articolo, deve desumere la gravità del reato, tra i vari parametri che vengono individuati dal suddetto articolo, anche in base al "grado della colpa".

La **Legge n. 24 dell'8 marzo 2017** (legge "Gelli-Bianco") ha introdotto nel codice penale l'**art. 590 sexies**, avente ad oggetto la nuova attuale disciplina della responsabilità penale colposa per morte o lesioni in ambito medico.

Il principale elemento di novità introdotto nell'ordinamento da quest'articolo è una causa di esclusione della punibilità del sanitario "*qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia*" e il predetto abbia "*rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto*".

Rispetto a quanto previsto dalla previgente disciplina contenuta nell'articolo 3 del **d.l. n. 189 del 2012** (decreto "Balduzzi"), si può immediatamente constatare come - ai fini dell'applicazione della suddetta causa di esclusione della punibilità - sia venuta meno sul piano letterale la graduazione fra colpa lieve e colpa grave come elemento soggettivo alla base dell'imperizia del sanitario.

Questo sviluppo normativo ha tuttavia comportato delle forti divergenze interpretative in seno alla Corte di Cassazione risolte solo recentemente dalla **sentenza n. 8770/2018** delle Sezioni Unite del 22 febbraio 2018.

Con la sentenza n. 50078/2017, la Corte di legittimità aveva enunciato un principio di diritto secondo il quale la **L. 24/2017** prevedeva una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria operante, ricorrendo le condizioni previste dalla disposizione normativa (*rispetto delle linee guida o, in mancanza, del-*

le buone pratiche clinico-assistenziali, adeguate alla specificità del caso) nel solo caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa, essendo compatibile il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche con la condotta imperita nell'applicazione delle stesse". Questa pronuncia pertanto stabiliva che qualora le linee guida fossero state rispettate, in presenza di imperizia - intesa come "violazione delle leges artis" - nella concreta esecuzione dell'intervento e non nella scelta dello stesso e delle relative linee guida (la c.d. imperizia *in eligendo*, che resterebbe punibile assieme ai casi di negligenza ed imprudenza) non vi sarebbe responsabilità penale colposa del medico; non sussistendo così più un problema di graduazione della colpa, poiché anche la colpa grave verrebbe ricompresa nell'area di applicazione della nuova causa di non punibilità del sanitario.

Il conflitto interpretativo è pervenuto ad una sintesi con la **sentenza n. 8770/2018** delle Sezioni Unite, la quale, oltre a confermare il ruolo decisivo delle linee guida in ambito sanitario, ha ridisegnato i confini entro cui opera la nuova causa di esclusione della punibilità prevista dalla legge "Gelli-Bianco". Di fatto le Sezioni Unite hanno affermato **che l'esercente la professione sanitaria risponde**, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico-chirurgica in questi casi:

- se l'evento si è verificato per colpa **anche lieve** dettata da imprudenza o negligenza;
- se l'evento si è verificato per colpa **anche lieve** dettata da imperizia in due ipotesi:
 - a) in quella di errore rimproverabile nell'esecuzione dell'intervento quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali;
 - b) in quella di errore nell'individuazione della tipologia di intervento e delle relative linee guida (**imperizia in eligendo**) che non risultino adeguate al caso concreto;
- se l'evento si è verificato per colpa **soltamente grave** dettata da imperizia nell'esecuzione dell'atto medico quando il medico abbia comunque scelto e rispettato le linee guida adeguate al caso concreto.

Tale soluzione rappresenta dunque un compromesso tra i due precedenti orientamenti in quanto se da un lato non riconosce un'assoluta impunibilità nel caso imperizia del sanitario (così come paventato invece dalla **sentenza n. 50078/2017**), dall'altro non priva totalmente di significato il contenuto della nuova normativa introdotta dalla **L. 24 del 2017** (contrariamente a quanto emerso nella **sentenza n. 28187/2017**).

LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE

Prima di entrare nel merito della responsabilità medica, risulta necessario fare chiarezza sulla differenza tra:

1. le linee guida;
2. i protocolli;
3. le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

Ciò perché spesso è causa di confusioni ed **incertezze interpretative**, giacché tutti questi concetti possono essere definiti quali regole comportamentali che influiscono sulla condotta del sanitario.

Il protocollo è uno schema rigido di comportamento clinico predefinito ed il suo valore obbligatorio viene definito mediante decreto normativo. Il medico, pertanto, può discostarsi dal protocollo previa informazione ed accettazione da parte del paziente ed altresì giustificando il suo operato tramite parere motivato. La mancata adesione al protocollo senza motivazione comporta la responsabilità professionale del medico per imperizia, di cui lo stesso si assume la piena responsabilità in caso di contenzioso.

Per quanto attiene alle buone pratiche clinico-assistenziali, queste possono essere definite come ogni attività, procedura o comportamento riguardante percorsi assistenziali, basata su **standard di qualità e sicurezza**. Questi standard hanno origine da evidenze, da letteratura e da organizzazioni sanitarie. Una buona pratica necessita di indicatori specifici da monitorare nel tempo e può variare a seconda del settore a cui si fa riferimento (ospedale, infermeria o studio medico) come anche in base alle singole aree (terapia intensiva, impiego di farmaci, prevenzione delle infezioni).

Invece, le linee guida vengono definite raccomandazioni destinate ad ottimizzare la cura dei pazienti che vengono informati da una revisione sistematica delle evidenze e da una valutazione dei benefici e rischi di opzioni alternative di cure.

La legge **Gelli** riafferma il ruolo delle **linee guida** come termine di confronto per stabilire la responsabilità medica, il quale, com'è noto, era già stato inserito con la legge n. 189 del 2012 (Legge Balduzzi).

Venendo più da vicino poi alla responsabilità medica, l'**art. 5** prevede che "*Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e*

dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali": ciò è importante, come facilmente comprensibile, per valutare quindi la futura ed eventuale imperizia del medico tanto in sede penale quanto civile. Si noti comunque che il legislatore attribuisce alle linee guida un maggior rilievo, anche in linea con la dettagliata disciplina con cui vengono novellate, rispetto alle buone pratiche clinico-assistenziali, che, come chiarito prima, consistono unicamente in procedure riguardanti percorsi assistenziali, basati su standard di qualità e sicurezza.

La legge Gelli-Bianco, inoltre, contribuisce a colmare un sostanziale vuoto normativo: vengono specificati i soggetti che devono elaborare le raccomandazioni previste dalle linee guida, chiarendo che tale compito non è affidato unicamente alle società scientifiche, come invece stabiliva la legge Balduzzi, ma anche agli enti ed istituzioni pubbliche e private, associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

Sul punto la legge Gelli opera un'ulteriore chiarificazione che, come sopra evidenziato, era un'esigenza molto sentita: impone, infatti, che tali soggetti debbano essere iscritti in un apposito elenco, il quale deve essere istituito e regolamentato con decreto (da emanare entro 90 giorni dalla pubblicazione della citata legge) dal Ministro della Salute e da aggiornare con cadenza biennale. Si noti che il legislatore del 2017 contempla altresì questo importante profilo della revisione biennale, il quale nella precedente normativa era del tutto assente e fonte di recriminazioni. Inoltre, viene imposto un rigoroso controllo sulle società e associazioni che contribuiranno alla elaborazione delle linee guida. Si prevede, infatti, che il Ministro della Salute sia l'organo deputato a regolamentare l'iscrizione delle società e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui sopra negli appositi albi ed a stabilire con decreto (lo stesso con il quale è stato emanato l'elenco) i requisiti minimi di rappresentatività delle medesime sul territorio nazionale, la loro costituzione mediante atto pubblico, le varie garanzie da inserire nello statuto, le procedure di iscrizione negli albi, le verifiche sul mantenimento dei requisiti nonché modalità di sospensione e modifica.

Da segnalare è quanto riconosciuto anche dalla S.C.: "Le linee guida per le pratiche terapeutiche costituiscono un sapere scientifico e tecnologico codi-

ficato, che funge da guida per orientare facilmente le decisioni terapeutiche, per uniformare le valutazioni e minimizzare le decisioni soggettive del medico curante". Importantissima pare poi, per poter registrare con fermezza la prevalenza del valore persona sui dati economici, la sentenza secondo cui "Le linee guida richiamate dall'art. 3 della Legge Balduzzi, per avere rilevanza nell'accertamento delle responsabilità del medico, devono indicare i requisiti standard diagnostico e terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente". Non si può non sottolineare comunque che, per come riconosciuto successivamente all'entrata in vigore della Legge da parte dello stesso relatore Gelli, si sono verificate delle difficoltà legate alla regolamentazione per il Sistema nazionale delle linee guida dovute al richiamo, inserito nel provvedimento legislativo durante il suo passaggio al Senato, al comitato tecnico scientifico mai costituito. La novità più importante che si introduce si ha in sede penale perché in ambito civile si sono per lo più recepiti gli orientamenti giurisprudenziali affermati in materia di responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. ed extracontrattuale ex art. 2043 c.c. e gli effetti della distinzione.

La materia della responsabilità medica, tuttavia, soprattutto per il dibattito sulla base contrattuale o aquiliana della **responsabilità della struttura sanitaria e del medico dipendente**, nonché relativo ai criteri di imputazione della stessa e sulla distribuzione dell'onere della prova tra le parti nei giudizi di *medical malpractice*, si contraddistingue per essere caratterizzato da regole peculiari, tanto che autorevole dottrina ha definito la responsabilità sanitaria "un sottosistema della responsabilità civile".

Dicevamo della novità penale: essa è rappresentata dalla introduzione dell'art. 590 sexies c.p. il quale prevede espressamente che "Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 – rispettivamente omicidio colposo e lesioni personali colpose – sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

Risponde quindi penalmente colui (operatore sanitario) che in modo involon-

tario cagiona la lesione o la morte del soggetto sottoposto a trattamento sanitario. Come si nota subito, tale articolo non opera distinzioni generali di colpa (colpa grave/colpa lieve), come previste invece dalla L. Balduzzi e dal DDL approvato alla Camera il 28 gennaio 2016 (il quale esonerava l'esercente la professione sanitaria solo in caso di colpa grave quando, nell'esercizio della sua attività ed a causa di imperizia, cagionava la morte o la lesione personale della persona assistita). La Legge Gelli-Bianco pone fine a tutti i dibattiti inerenti alla colpa lieve lasciando sottintendere che il medico, anche in caso di colpa grave, può risultare non punibile.

La *ratio* del legislatore quindi è anche quella di agevolare il lavoro del giudice svincolandolo dal non sempre agevole compito di graduare la colpa nelle ipotesi delittuose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie. Non basta dunque, perché il comportamento del sanitario sia scriminato, essersi attenuti asetticamente alle linee guida o raccomandazioni previste per quell'intervento chirurgico per andare esenti alla responsabilità, ma deve esserci una valutazione del medico in ordine al fatto se effettivamente quelle linee guida siano adeguate al caso di specie.

Si fa riferimento ora solo all'**imperizia** (errore tecnico da parte del sanitario che ha agito al di fuori di quello che è il livello minimo di esperienza e di cultura medica: in pratica, mancanza di preparazione). Certo inutile qui sottolineare la importanza probatoria della perizia e/o della consulenza tecnica e delle linee guida, considerabili come una sorta di istruzioni d'uso in documenti medici ufficiali. Occorre sottolineare che si continua comunque ad essere responsabili per negligenza (trascuratezza, mancanza di sollecitudine ovvero di un comportamento passivo che si traduce in una omissione di determinate precauzioni, ad es. il medico che dimentica una garza o un ferro chirurgico nell'addome del paziente o non controlla la data di scadenza del farmaco usato) ed imprudenza (insufficiente ponderazione di ciò che l'individuo è in grado di fare, violazione di una regola di condotta, codificata o lasciata al giudizio del singolo, con obbligo di non realizzare una azione o di adottare, nell'eseguirla, precise cautele) ma non per imperizia nei limiti appena detti.

Con l'introduzione nel codice penale del **nuovo articolo 590 sexies**, la punibilità è esclusa, senza alcun riferimento testuale al fatto che si versi in colpa grave o lieve, qualora, nell'esercizio della professione sanitaria:

- a) l'evento si sia verificato a causa di imperizia;
- b) siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, come

- definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali (le quali, dunque, rispetto tanto alla legge Balduzzi, quanto alla versione approvata alla Camera, assumono una posizione suppletiva nei confronti delle linee guida);
- c) le raccomandazioni contenute nelle linee guida predette risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

È possibile quindi delineare concettualmente i **confini applicativi** del nuovo art. 590 *sexies*.

In particolare:

- non sono punibili condotte imperite del medico nelle quali sia stata correttamente diagnosticata la patologia, altrettanto correttamente siano state selezionate linee guida (accreditate) riferibili alla terapia per quella patologia e il caso concreto non presenti peculiarità tali da costituire un'eccezione alla regola data;
- si è riconosciuta la responsabilità se le linee guida non erano adeguate al caso, potendo residuare, in questi termini, uno spazio di possibile censura per imperizia, da commisurare all'errata valutazione delle specifiche condizioni cliniche del paziente, che avrebbero dovuto portare il medico a ritenerne inadeguate le linee guida e dunque a non applicarle;
- si è esclusa l'applicabilità della norma (e il medico sarà dunque punibile sulla base dei tradizionali canoni di accertamento della colpa, non potendo beneficiare della nuova area di non punibilità legata al rispetto delle linee guida) qualora l'evento sia riconducibile a una condotta connotata da negligenza o imprudenza. Ferma restando la incertezza dei confini tra queste forme della colpa generica.

Si badi quindi che il medico risponderà penalmente comunque anche per imperizia, laddove applichi le linee guida e queste non erano rispondenti al caso concreto.

In concreto, con la Legge Gelli-Bianco si è tentato di attenuare il giudizio sulla colpa medica tramite l'inserimento di una causa di esclusione della punibilità per la sola imperizia e facendone dipendere l'operatività al rispetto, da parte dell'esercente la professione sanitaria, delle raccomandazioni di cui alle linee guida e pubblicate in base alla stessa Legge n. 24 o, in difetto di queste, delle buone pratiche clinico assistenziali, in ogni caso adeguate al caso concreto. Ciò che si vuole è evitare che il sanitario operi nella persistente preoc-

cupazione di ingiuste rivalse, sostenendo il fenomeno della c.d. medicina difensiva, e di assecondare, piuttosto, la indispensabile tranquillità operativa. Acquista ancora rilievo la problematica della responsabilità penale del lavoro eseguito in équipe; pur se la Costituzione afferma all'art. 27, 1 cpv, che la responsabilità penale è personale e pertanto ciascuno dovrebbe rispondere solo dei propri errori, senza avere obblighi di sorveglianza nei confronti degli altri componenti, molte sentenze hanno ritenuto responsabili il primario od il capo-équipe. In ambito di attività sanitaria di équipe, il chirurgo, se non controlla l'attività preoperatoria, è responsabile anche dell'attività e delle omissioni del medico anestesista. La Giurisprudenza è costante nell'affermare che il medico chirurgo è responsabile dell'attività del collega anestesiista poiché al primo (chirurgo) compete in ogni caso la verifica delle condizioni di adeguata preparazione preoperatoria del paziente, comprensiva del profilo anestesiologico, nel complesso delle valutazioni da compiere in vista dell'esecuzione dell'intervento chirurgico. **La posizione di garanzia del responsabile dell'équipe chirurgica si estende al contesto post operatorio.** Il momento immediatamente successivo all'intervento chirurgico – ha affermato la Cassazione – non è separato dall'operazione.

Sempre in tema di responsabilità penali non si escludono, naturalmente, le responsabilità nell'ipotesi di omissione di atti di ufficio (art. 328 c.p.), di falsità materiale in atti pubblici (art. 476 c.p.), di falsità ideologica in atti pubblici (art. 479 c.p.) o di rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.), data la natura di atto pubblico riconosciuta alla cartella clinica e la qualità di medico pubblico ricoperta dal direttore sanitario, dal primario ospedaliero, dagli aiuti e assistenti. La Corte di Cassazione ha inoltre più volte stabilito che integra la fattispecie di reato di omessa denuncia la condotta del medico che, venuto a conoscenza in concomitanza o in ragione delle funzioni svolte, di una situazione che presenti gli elementi essenziali di un fatto costituente reato, non la comunicchi alle Autorità competenti (art. 362 "Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio" del Codice Penale").

Sono numerosi gli articoli che il Codice penale dedica alla falsità in atti. I requisiti del certificato sono la chiarezza, ovvero l'uso di terminologia e grafia semplici e comprensibili senza pericoli d'ambiguità, e la veridicità, ovvero la corrispondenza di quanto obiettivato dal medico con quanto dichiarato per iscritto. Nel caso di attestazione non veritiera il medico incorre nel reato di falsità ideologica, reato che presuppone il dolo, ossia la volontà e la consapevolezza di alterare la verità.

Va distinto il certificato erroneo, ovvero quando il medico sbaglia in buona fede la diagnosi della malattia. La falsità ideologica si riferisce ai fatti, non ai giudizi. La richiesta di un certificato sottintende già il consenso del paziente come giusta causa di rivelazione, nondimeno il medico deve certificare solo quanto necessario rendere noto in base alla naturale destinazione dell'atto.

Il certificato deve essere privo di abrasioni e correzioni che possono far sorgere il dubbio di alterazioni o contraffazioni dell'atto. Nel caso di correzioni, devono essere indicate a chiare lettere e controfirmate dall'estensore. Inoltre il certificato deve essere redatto con una grafia chiara e comprensibile che non dia luogo ad equivoci. La terminologia e il significato del certificato deve essere intellegibile e coerente fra quanto constatato e quanto dichiarato nel certificato. La legge prevede una specifica modulistica per alcuni tipi di certificati (certificato di malattia per lavoratori privati, certificato di idoneità alla guida, ecc.). Il certificato deve riportare il nome, il cognome, la qualifica ed eventualmente la struttura sanitaria di appartenenza del medico certificatore, le generalità del paziente o del richiedente, l'oggetto della certificazione, diagnosi, esame obiettivo e prognosi, il luogo e la data di rilascio, la firma del medico.

Il Codice Deontologico impone al medico di redigere il certificato solo con affermazioni che derivano da constatazioni dirette, personalmente effettuate (ad esempio tramite la visita medica), oppure sulla base di documentazione oggettiva (ad esempio sulla base di referti oggettivi). Pertanto al medico non è concesso di redigere un certificato esclusivamente sulla base di quanto gli viene riferito dal paziente o da terzi o su fatti che egli non abbia personalmente constatato, perché questo rappresenta una raccolta anamnestica, insufficiente a formulare una diagnosi certificabile.

Il reato di "falso materiale" riguarda la parte formale del certificato. Il medico risponde di questo reato quando, nella redazione del certificato, commette alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni o aggiunte successive, miranti a far apparire adempiute le condizioni richieste per la sua validità. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Il reato di "falso ideologico" riguarda la falsa rappresentazione della realtà, cioè l'attestazione come autentici di fatti non rispondenti a verità. Si tratta, quindi, di una certificazione volutamente mendace per fatti o condizioni inconsistenti. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Al contrario, se il medico commette un errore nel certificato, ma è persuaso di essere nel vero e certificava conformemente alla propria convinzione, non

può essere accusato di reato perchè in questo caso il certificato non è falso, ma soltanto erroneo.

Il certificato compiacente tende, con terminologia volutamente imprecisa e ambigua, ad alterare una situazione o minimizzandola o rendendola sproporzionata. È quindi un certificato che non risponde al requisito della veridicità e quindi può integrare gli estremi di reato di falso ideologico. E' irrilevante se questo tipo di certificato sia stato redatto per venire incontro alle esigenze del richiedente. Il medico non può e non deve mai sottrarsi al dovere di attenersi alla veridicità dei fatti.

Una falsa certificazione può esporre anche al rischio di essere accusati di truffa perchè può determinare la costituzione di diritti in favore del richiedente, con possibili oneri a carico di terzi o a carico dello Stato.

Articolo 476 C.P. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione da tre a dieci anni.

Articolo 477 C.P. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative.

Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, altera certificati o autorizzazioni amministrative, ovvero, mediante contraffazione o alterazione, fa apparire adempiute le condizioni richieste per la loro validità, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Articolo 478 C.P. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti.

Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, supponendo esistente un atto pubblico o privato, ne simula una copia e la rilascia in forma legale, ovvero rilascia una copia di un atto pubblico o privato diversa dall'originale, punito con la reclusione da uno a quattro anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione da tre a otto anni. Se la falsità è commessa dal pubblico ufficiale in un attestato sul contenuto di atti, pubblici o privati, la pena della reclusione da uno a tre anni.

Articolo 479 C.P. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto stato da lui compiuto o avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476.

Articolo 480 C.P. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative.

Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.

Articolo 481 C.P. Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità.

Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense o di un altro servizio di pubblica necessità attesta falsamente in un certificato, fatti dei quali l'atto destinato a provare la verità, punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire centomila a un milione. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto commesso a scopo di lucro.

Articolo 483 C.P. Falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico.

Chiunque attesta falsamente al pubblico ufficiale, in un atto pubblico, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a due anni.

Se si tratta di false attestazioni in atti dello stato civile, la reclusione non può essere inferiore a tre mesi.

Articolo 485 C.P. Falsità in scrittura privata.

Chiunque, al fine di procurare a sè o ad altri un vantaggio o di recare ad altri un danno, forma, in tutto o in parte, una scrittura privata falsa, o altera una scrittura privata vera, punito, qualora ne faccia uso o lasci che altri ne faccia uso, con la reclusione da sei mesi a tre anni. Si considerano alterazioni anche le aggiunte falsamente apposte a una scrittura vera, dopo che questa fu definitivamente formata.

Vi sono poi anche casi di esercizio abusivo della professione medico-sanitaria, falso ideologico, abuso d'ufficio, rifiuto di atti di ufficio.

Il medico, infatti, se ritenuto colpevole in sede penale, può subire anche una **misura cautelare interdittiva** che riguarda la **sospensione dell'esercizio della sua attività professionale**. In materia di misure cautelari interdittive la valutazione dell'esigenza cautelare del pericolo di reiterazione di delitti analoghi a quelli per cui è processo, deve essere ispirata all'esame delle concrete modalità di commissione del fatto-reato e ai parametri di legge adottati per valutare la personalità del soggetto autore di reato.

Anche il **medico specializzando** è penalmente responsabile in sede penale per l'attività sanitaria svolta: se ritiene di non essere in grado di svolgere un'attività secondo le istruzioni del tutore, **deve rifiutarsi di compierla**. Se non lo fa, a suo carico, è ravvisabile la **c.d. colpa per assunzione**, con la conseguenza che sussiste responsabilità professionale sia per il medico strutturato sia per lo specializzando che non abbia rifiutato di svolgere un compito che non era in grado di svolgere correttamente quando dalla sua attività deriva un danno per il paziente.

Il medico specializzando, infatti, non costituisce una mera presenza passiva in un contesto sanitario essendo la sua presenza nella struttura ospedaliera (pubblica o privata) finalizzata non solo alla formazione professionale.

Egli è laureato in medicina e chirurgia e, quindi, fino a prova contraria, depositario di un opportuno – ancorché non specializzato – bagaglio di scienza, coscienza e professionalità e gode di una certa autonomia. Ne segue che non può, dunque, essere considerato un mero esecutore degli ordini del tutore. Lo specializzando, inoltre – ed è l'aspetto più significativo – se non è (o non ritiene di essere) in grado di compiere certe attività, **deve rifiutarne lo svolgimento** perché altrimenti se ne assume la responsabilità. Risulta dunque applicabile al medico specializzando il principio della **c.d. colpa per assunzione**, per il quale, chi – dopo aver assunto un compito che non è in grado di svolgere secondo la diligenza richiesta all'agente modello di riferimento – cagiona un danno se ne assume la responsabilità.

In ambito medico-sanitario non è raro che un soggetto privo della qualifica di legge (ovvero del titolo che abilita all'esercizio della professione medica) esegua e metta in pratica trattamenti che per la loro natura possono essere attuati solo dal medico.

Il reato dell'art. 348 c.p. punisce la condotta di chi eserciti determinate professioni – per le quali è prescritta apposita abilitazione – senza titolo abilitativo, tra cui la professione medica.

Titolare della posizione protetta è unicamente la Pubblica Amministrazione

mentre – solo di riflesso – sono coinvolti gli interessi professionali di categoria, ma “*giammai i privati cittadini, eventualmente e solo possibili danneggiati ma non già persone offese*”.

Nel reato di rifiuto o omissione di atti di ufficio, il soggetto attivo del reato non può essere “chiunque”, bensì solo un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio che deve compiere un atto per “*ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità*”. Il reato appartiene al novero dei delitti contro la pubblica amministrazione e, nello specifico, dei reati commessi dai pubblici ufficiali (o soggetti equiparati).

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- Camaiani, Legge Gelli-Bianco: i nuovi confini della colpa per imperizia, in <http://www.salvisjuribus.it>.
- S. Tirella, La riforma Gelli è legge. Ecco come cambia la responsabilità medica, in Cammino diritto, 28 febbraio 2017.
- M. Sciascio. Legge Gelli-Bianco: l'incidentato iter della colpa medica nella giurisprudenza. Altalex 2018
- V. Nizza. La nuova colpa penale del medico. Analisi delle principali linee guida per la valutazione della responsabilità sanitaria. Aprile 2019.
- U. Genovese, F. Martini, C. Altomare. Trattato operativo di responsabilità medica. Maggioli Editore. 2018

1.2 Il Medico e il Codice Civile

D. Zamperini

PREMESSE

Più spesso che in sede penale, il medico è chiamato a rispondere dei suoi atti in sede civile, in quanto chiamato a risarcire il danno da lui colposamente causato ad un paziente, secondo le norme che regolano la cosiddetta “responsabilità civile”. Il danno che il medico è chiamato a risarcire può consistere nella compromissione della integrità psicofisica della persona, nella riduzione della capacità lavorativa e di produzione di reddito (diminuzione della capacità di guadagno e lucro cessante), oppure da spese indispensabili per curare il danno fisico subito (danno emergente).

È ormai scontato il concetto di “danno biologico” (che esprime la validità psicofisi- ca complessiva della persona intesa quale bene inalienabile e giuridicamente tutelata) in superamento e in aggiunta dei concetti legati unicamente alla perdita degli utili (danno emergente o lucro cessante).

In caso di danno “ingiusto” (più oltre verrà meglio spiegata l’accezione del termine), il paziente ha diritto al “risarcimento” dello stesso, ovvero alla completa riparazione, in forma monetaria, del danno e delle conseguenze che ne derivano sotto tutte le forme.

Occorre distinguere, per inciso, il “risarcimento” dall’“indennizzo”: quest’ultimo rappresenta un pagamento forfetario di una certa somma, secondo accordi o tabelle diverse a seconda dell’ambito di applicazione.

L’indennizzo è indipendente dall’entità economica effettiva del danno subito, ed è applicato generalmente in ambiti privatistico assicurativo: polizze assicurative contro gli infortuni, private o pubbliche (INAIL).

I PARAMETRI DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

Perché il medico venga chiamato a risarcire, devono coesistere due elementi:

- **Il danno**, ovvero la lesione di uno di quei diritti accennati sopra. Il danno è ingiusto quando è stato causato da una condotta colpevole, come spiegato sotto
- **La colpa** (ovvero il fatto che l'atto sia stato compiuto senza rispettare i comuni parametri di **Diligenza, Prudenza, Perizia**).

Come vedremo, mentre la Perizia medica può essere valutata difformemente da caso a caso (si presume che la perizia di uno specialista debba essere maggiore rispetto al non-specialista, per cui questo può essere ritenuto incolpevole per mancanze che per il primo sono imperdonabili), l'aspetto più spesso chiamato in causa (e più pericoloso per il medico) è quello della Negligenza, ossia del mancato rispetto delle comuni norme da rispettare nell'attività professionale di cura e assistenza.

Quindi se l'imperizia può essere in certi casi scusata, la negligenza non viene perdonata MAI.

Questi elementi (danno e colpa) devono sussistere contemporaneamente: se manca uno dei due (ovvero se c'è una colpa che però non ha portato danno, oppure al contrario c'è un danno che però non deriva da comportamento colposo) non si concretizza nessuna responsabilità civile per il sanitario.

Per esempio: un medico omette di visitare un paziente febbrile, questi sviluppa una broncopolmonite che però guarisce in tempi giusti e senza strascichi. C'è stato un comportamento colposo, senza dubbio, ma non essendoci danno il medico non ne risponde in sede civile.

Attenzione però: la situazione può essere diversa in ambito penale in quanto un comportamento siffatto può costituire talvolta reato (ad esempio per certi sanitari una omissione di atti d'ufficio).

IN CONCLUSIONE: operare professionalmente sempre con la massima Diligenza: non trascurare di visitare il malato, di seguirne il decorso, di cogliere i segni di eventuali errori in modo da porci tempestivamente rimedio. L'errore può essere scusabile, la negligenza no.

COME SI VALUTA LA RESPONSABILITÀ DEL SANITARIO?

In dottrina si distingue normalmente tra responsabilità **contrattuale** ed **extra-contrattuale**.

La responsabilità contrattuale è quella derivata da un tacito "contratto" tra il medico ed il paziente, che scaturisce (art. 2229 c.c. e ss).

Questo aspetto è stato molto ampliato negli anni in quanto la giurisprudenza

ha considerato che esista sempre, anche per semplice “contatto sociale”, un rapporto contrattuale tra il singolo medico (anche se operante in una struttura) e il paziente.

La “responsabilità extracontrattuale” o “Aquiliana” nasce invece da un fatto illecito in sè e per sè, e cioè dalla violazione della generica regola del “nem-nem laedere” (“non danneggiare nessuno”).

Tale divieto non è inteso solo in senso materiale, ma comprende qualsiasi situazione soggettiva meritevole di tutela giuridica, indipendentemente da eventuali obblighi contrattuali.

La distinzione tra queste due forme è importante perché influisce sulla valutazione dei fatti e soprattutto sull'onere della prova (cioè su chi, paziente o medico, abbia l'obbligo di dover provare le proprie ragioni).

Un esame approfondito della questione esula dai fini di questa pubblicazione. Semplificando al massimo: finora la giurisprudenza degli ultimi anni aveva costantemente inquadrato la responsabilità medica nell'ambito della **responsabilità contrattuale**.

Ciò ha comportato il principio che mentre il paziente-danneggiato ha il solo obbligo di dimostrare di aver subito un danno, stava al sanitario dover provare di aver operato alla perfezione e che il danno era derivato da circostanze estranee alla sua condotta.

Si tratta evidentemente di una situazione molto sfavorevole per il sanitario.

Nel caso di responsabilità extracontrattuale la legge prevede invece che sia a carico dell'attore l'onere di provare le manchevolezze della condotta del sanitario, la sopravvenienza del danno ingiusto, il nesso di causalità tra condotta e danno, l'elemento psicologico (dolo o colpa).

L'onere probatorio per il danneggiato è molto più pesante rispetto al caso della responsabilità contrattuale, ove egli deve provare solamente l'inadempimento contrattuale.

La Legge Balduzzi ha imposto una “rivisitazione” di tali concetti per cui la questione è quindi tornata al centro di un dibattito che, nel momento in cui scriviamo, non è ancora giunto ad una soluzione condivisa.

Una articolata sentenza del Tribunale di Milano (Sez. 1 civile, 17.07.2014), dopo un'accurata disamina delle normative, ha nuovamente portato la responsabilità del singolo medico nell'ambito extracontrattuale (più favorevole al medico) mantenendo invece immutata la situazione delle strutture sanitarie. Va sottolineato però che si trattava di una sentenza di una Corte di Merito, e non sempre la giurisprudenza si adeguava (lo stesso Tribunale di Milano non

è stato sempre concorde su questo indirizzo).

All'entrata in vigore della cosiddetta Legge Gelli-Bianco (n. 24/2017), questa ha portato modifiche alla Legge Balduzzi, con ricadute pratiche che sono ancora al vaglio della giurisprudenza.

In particolare viene prevista una responsabilità contrattuale a carico delle strutture sanitarie (con onere della prova a carico di queste ultime) e invece un rapporto extracontrattuale (con onere della prova a carico del paziente e termini di prescrizione dimezzati a 5 anni) verso i singoli medici.

Tale responsabilità extracontrattuale è stata estesa anche ai medici convenzionati.

Le linee-guida (che escluderebbero, qualora rispettate, la colpa grave) devono essere indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in un apposito elenco (elenco società scientifiche accreditate: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4988), e quindi inserite nel sistema nazionale linee guida e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità. L'azione di rivalsa verso il sanitario potrà avvenire solo per dolo e colpa grave. Tuttavia esistono ancora difformità soprattutto nell'attribuzione della colpa. La sentenza numero 28187/2017 ha affermato che la disciplina prevista dalla legge Balduzzi risulta nei fatti più favorevole rispetto alla legge Gelli, e ciò si riflette sui giudizi in corso: mentre prima era esclusa la rilevanza penale delle condotte caratterizzate da colpa lieve se venivano seguite linee guida e buone pratiche accreditate, oggi, dal punto di vista penale, viene eliminata la distinzione tra colpa lieve e colpa grave e la valutazione della responsabilità per imperizia viene effettuata in base a un'articolata disciplina sulle linee guida. Con la legge Gelli l'esonero da responsabilità diviene possibile solo se il sanitario abbia rispettato le linee guida in maniera effettiva e conforme al caso concreto; nessun esonero se l'osservanza sia stata solo astratta e svincolata dal caso concreto.

Con la sentenza numero 50078/2017, invece, i giudici della quarta sezione hanno giudicato più favorevole la legge Gelli rispetto alla legge Balduzzi in quanto viene superato il problema del grado della colpa con l'introduzione di una esclusione della punibilità limitata ai casi di imperizia ma indipendente dal grado della colpa. La non-punibilità diviene operativa esclusivamente se l'esercente la professione sanitaria ha rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guide o, in loro assenza, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre se adeguate al caso concreto.

Queste differenti interpretazioni normative hanno reso necessario un chiarimento delle Sezioni Unite (nell'informazione provvisoria numero 31/2017) al fine di uniformare i criteri.

È stato quindi specificato che il sanitario può oggi essere considerato penalmente responsabile:

- se l'evento si è verificato per colpa (lieve o grave), derivante non da imperizia ma da negligenza o da imprudenza,
- se vi è stato un errore esecutivo rimproverabile, anche per colpa lieve, se nel caso concreto non sono disponibili né linee guida né buone pratiche,
- se vi è stata imperizia fondata su un errore, anche per colpa lieve, nell'individuare e nello scegliere le linee guida o le buone pratiche adeguate al caso concreto,
- se l'evento si è verificato per colpa, solo grave, derivante da imperizia in caso di errore esecutivo rimproverabile, se nel caso concreto esistono linee guida o, in subordine, buone pratiche adeguate e alle quali il sanitario si è attenuto. È evidente che il discorso non è ancora definitivamente concluso, e occorrerà attendere l'ulteriore evoluzione della giurisprudenza.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Va considerato che la giurisprudenza ammetteva già che venisse presa in considerazione, in caso di **colpa per imperizia** conseguente ad interventi di particolare complessità la **sola colpa grave** (art. 2236 c.c.).

In caso di **colpa lieve**, invece, ai fini dell'applicazione dell'art. 1176 c.c. spetterà al paziente l'onere di provare che trattavasi di un'attività ordinaria, che l'intervento era di facile soluzione, che la condotta professionale è stata non corretta o non adeguata.

Non esistono parametri universalmente accettati per distinguere i casi di colpa grave da quelli di colpa lieve: molto dipenderà, caso per caso, dallo svolgersi dei fatti e dalla complessità del caso.

Per valutare questo aspetto si terrà molto conto del ruolo e della qualifica professionale del medico accusato.

Infatti al professionista è richiesto, in base ad una giurisprudenza ormai consolidata, un livello di capacità "medio" rispetto al suo ruolo.

Di conseguenza il concetto di "speciale difficoltà" viene a variare enormemente da medico a medico, in rapporto alle competenze specifiche, alla specializzazione, alla qualifica professionale, all'esperienza. Ci si aspetta infatti che uno specialista abbia, nel proprio settore, una competenza maggiore di un

medico non specialista. Questa maggiore competenza obbliga il sanitario a prestazioni più corrette, a una maggiore diligenza e porta a una minore tolleranza in caso di errori o di eventi dannosi.

Un evento dannoso che interessa più medici potrà quindi essere valutato diversamente a seconda delle circostanze e delle qualifiche dei sanitari implicati; in base al diverso livello di competenza; è possibile che alcuni siano considerati esenti da responsabilità, mentre altri ne siano invece chiamati a risponderne.

Va anche considerato l'aspetto della “Responsabilità Dirigenziale” per cui il dirigente di un Servizio può essere chiamato a rispondere di atti non commessi da lui stesso ma da persone sottoposte alla sua autorità.

IN SINTESI

Fino ad ulteriori chiarimenti degli attuali indirizzi giurisprudenziali, occorre sempre tener conto della necessità di dover eventualmente dimostrare la correttezza del proprio operato, Va perciò curata scrupolosamente la corretta tenuta della documentazione sanitaria (è utile prendere fedelmente nota dei propri atti e assicurarsi, nei casi potenzialmente conflittuali, eventuali testimonianze. Occorre evitare di avventurarsi in prestazioni per cui non si è qualificati, evitare comportamenti ambigui e furberie in quanto potrebbero essere considerate, ove scoperte, un aggravante, in quanto testimonierebbero un comportamento dolosamente scorretto.

1.3 Aspetti deontologici

L.T. Marsella, M.Treglia, M. Pallocchi

Dopo la Seconda Guerra Mondiale in ottemperanza al Decreto legislativo n.233 del 13 settembre 1946 vengono ricostituiti gli Ordini professionali. Successivamente all'entrata in vigore di tale norma con il D.P.R. n.221 del 5 aprile 1950 viene emanato "il Regolamento sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse", regolamento che all'art.38 recita " I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine o Collegio della provincia nel cui Albo sono iscritti.". Oltre a quanto emerge dall'ordinamento, l'importanza della responsabilità deontologica è stata ribadita anche dalla Suprema Corte di Cassazione che afferma "Gli ordini e collegi professionali sono enti pubblici che trovano ragion d'essere nel fatto che determinate professioni, a causa di inderogabili esigenze di tutela della collettività, possono essere esercitate solo previo accertamento pubblico delle capacità professionali e richiedono la sottoposizione dei professionisti a un regime di responsabilità disciplinare sotto il profilo deontologico; fini, questi ultimi, che si ritiene possano essere perseguiti affidando i relativi compiti alla stessa comunità professionale, obbligatoriamente costituita e rappresentata, appunto, da appositi ordini e collegi e sottponendo gli ordini stessi a vigilanza statale."¹.

Il medico iscritto all'Albo nel momento dell'iscrizione si impegna al rispetto

¹ Cass. Pen., Sez. VI, 1 aprile 2003, n.28306.

delle norme del Codice Deontologiche e all'evenienza di essere sottoposto al giudizio della commissione disciplinare dell'ordine che ha il ruolo di verificare il rispetto del codice deontologico e difendere l'indipendenza, la dignità e il decoro della professione.

Il giudizio sull'inosservanza da parte dell'iscritto dei dettami del Codice Deontologico viene espresso dall'Ordine attraverso la Commissione disciplinare che esercita la sua funzione, a norma dell'art. 10 della Legge del 10 luglio del 1910, su tutti gli iscritti indipendentemente dal tipo di attività professionale svolta. La Commissione disciplinare è costituita da componenti del consiglio direttivo dell'Ordine. Mentre per quanto riguarda gli odontoiatri vi è una Commissione diversa costituita dai membri odontoiatri del consiglio direttivo a norma dell'art. 6 della Legge 409/1985.

Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del prefetto ovvero del procuratore della Repubblica. La procedura del procedimento disciplinare viene legiferata all'art. 39 del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221, qui di seguito riportato:

"Art.39 – Quando risultano fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare, il presidente, verificate sommariamente le circostanze, assume le opportune informazioni e, dopo aver inteso il sanitario, riferisce al Consiglio per le conseguenti deliberazioni.

Il presidente fissa la data della seduta per il giudizio, nomina il relatore e provvede a notificare all'interessato:

- a) la menzione circostanziata degli addebiti;*
- b) il termine non inferiore a giorni venti e prorogabile su richiesta dell'interessato, entro il quale egli può prendere visione degli atti relativi al suo deferimento a giudizio disciplinare e produrre le proprie controdeduzioni scritte;*
- c) l'indicazione del luogo, giorno ed ora del giudizio disciplinare;*
- d) l'espresso avvertimento che, qualora non si presenti alla seduta del Consiglio, si procederà al giudizio in sua assenza.*

Nel termine di cui alla lettera b) l'interessato può chiedere di essere sentito."

Il procedimento disciplinare oltre che d'ufficio, spesso viene avviato successivamente a una sentenza penale passata in giudicato, a meno che l'imputato non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso. Ciò comunque non esclude la possibilità per l'Ordine di avviare indipendentemente un suo procedimento, essendo il consiglio disciplina-

re un organo autonomo dall'Autorità giudiziaria che valuta il comportamento del sanitario riferendosi al Codice di Deontologia Medica.

A seguito del procedimento disciplinare al sanitario potrà essere comminata una delle seguenti sanzioni:

- L'avvertimento: che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- La censura: che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
- La sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi, salvo quanto è stabilito dal successivo art. 43, ossia in quelle situazioni in cui la sospensione può essere protratta per più tempo a causa di sentenza penale o specifici provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
- La radiazione dall'Albo.

Il sanitario radiato dall'Albo può chiedere di essere riscritto purché siano passati almeno 5 anni dalla radiazione o a seguito di condanna penale sia avvenuta la sua riabilitazione, e comunque a condizione che abbia mantenuto una condotta irreprendibile durante il periodo di radiazione.

Nei casi in cui il sanitario radiato o sospeso dall'Ordine continui ad esercitare la professione, si configura il reato di esercizio abusivo della professione ex art. 348 c.p..

L'azione disciplinare si prescrive in 5 anni.

Avverso le sanzioni disciplinari dell'Ordine di appartenenza il sanitario (o il prefetto ovvero il procuratore della Repubblica) può, a norma dell'art. 18 del d.lgs del 13 settembre del 1946 n. 233, adire entro 30 giorni dalla comunicazione della sanzione la Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS). In caso di ricorso la sanzione comminata dalla Commissione disciplinare dell'Ordine viene sospesa, tranne nei casi in cui all'art. 42 e 43 del D.P.R. del 5 aprile 1950 n.221. Nel caso in cui sia il sanitario ad opporre ricorso alla CCEPS, egli dovrà notificare copia conforme del ricorso (redatto secondo i dettami dell'art. 55 del D.P.R. del 5 aprile 1950 n.221) oltre che all'Ordine anche al prefetto e alla Procura della Repubblica. Il sanitario dovrà inoltre depositare presso la segreteria del CCEPS ed entro il termine di 30 giorni predetto:

- La relata delle notificazioni effettuate;
- Copia autentica dell'atto o provvedimento impugnato;
- Ricevuta della prescritta tassa di bollo.

Tali adempimenti sono indispensabili, pena l'irricevibilità del ricorso.

Qualora si ritenga di opporre ricorso alla decisione della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS), esso dovrà essere proposto entro 30 giorni alle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione. In quest'ultimo caso il ricorso non ha effetto sospensivo del provvedimento deontologico.

1.4 Il referto

M. Treglia, M. Pallocci

Il referto è quell'atto obbligatorio con cui il medico o qualsiasi professionista sanitario, che ha prestato assistenza od opera in casi in cui può ipotizzarsi un reato procedibile d'ufficio, dà comunicazione all'Autorità Giudiziaria delle circostanze e dei fatti di cui ha avuto conoscenza nel corso della sua attività, al fine di permettere l'avvio di provvedimenti e atti da parte dell'Amministrazione della Giustizia con lo scopo di contrastare la criminalità.

Il sanitario è obbligato a dare tempestiva comunicazione di tutte quelle situazioni che hanno le caratteristiche del reato procedibile d'ufficio tramite il referto e nel caso ometta tale atto, può essere punibile a norma dell'art. 365 c.p..

Art. 365 c.p. Omissione di referto

Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a cinquecentosedici euro. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

L'Autorità a cui l'articolo fa riferimento è l'Autorità Giudiziaria. Per Autorità Giudiziaria si intende il Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica o in sua vece qualsiasi Ufficiale di Polizia giudiziaria (presso i commissariati di polizia, presidi dei carabinieri, della guardia di finanza o della polizia penitenziaria) ed in mancanza il Sindaco.

Sono procedibili d'ufficio quei reati che, per la particolare gravità, sono obbligatoriamente perseguiti dall'Autorità Giudiziaria anche contro la volontà

della persona offesa. Per praticità riportiamo di seguito solo i reati procedibili d'ufficio che verosimilmente possono riguardare la vita quotidiana degli esercenti le professioni sanitarie.

Sono procedibili d'ufficio e quindi comportano l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria:

1. **Delitti contro la vita:** omicidio volontario, preterintenzionale e colposo;
2. **Delitti contro l'incolumità individuale:** lesioni personali dolose gravissime (malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita dell'uso di un organo, perdita della capacità di procreare, permanente gravi difficoltà della favella; deformazione o sfregio permanente del viso, aborto della persona offesa, mutilazioni di organi genitali femminili, come la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione); lesioni personali dolose, da cui sia derivata una malattia di durata superiore a 20 gg; lesioni personali dolose aggravate (pericolo per la vita, malattia superiore ai 40 giorni (in questa fattispecie rientra la situazione in cui un'incidentalità, ad esempio stradale, comporta una prognosi di malattia sup. a 40 gg), permanente di un senso di un organo, su donna incinta e se dal fatto deriva l'acceleramento del parto); lesioni personali colpose aggravate. Sono escluse le lesioni lievissime e le percosse.
3. **Delitti contro la libertà personale:** sequestro di persona; violenza sessuale di gruppo; la violenza privata; la minaccia aggravata (vedi 14.1.3); l'incapacità procurata mediante violenza.

L'art.334 c.p.p. sancisce inoltre i tempi e le modalità per la redazione del referto.

Art. 334 c.p.p. Referto

1. **Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.**
2. **Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.**
3. **Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.**

Vi possono essere situazioni in cui non è possibile ottenere le generalità del soggetto trattato, in questi casi è opportuno descrivere nel referto le caratteristiche fisiche della persona a cui è stata prestata assistenza/opera per facilitarne l'identificazione. Infine si sottolinea l'importante esimente all'obbligo di referto nel caso in cui l'assistito possa essere perseguito penalmente. Tale esimente è stata inserita per tutelare il diritto alla salute anche del reo e rappresenta una possibilità per il medico, il quale può ritenersi, in questi casi, esentato dall'obbligo sancito dall'art. 365 c.p.. Evidenziamo che l'esimente non vale per i dipendenti pubblici che ricoprono la qualifica di pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio.

REFERTO ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

Dott.

Via Città

tel.

Luogo e data, / /

Al Sig. Procuratore della Repubblica

di

In data odierna alle ore..... ho visitato presso

il Sig.¹ nato a il,

residente in

di professione

identificato mediante

e gli ho riscontrato

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Attualmente si trova presso

Le notizie raccolte da

ricondurrebbero le descritte lesioni a²

.....
.....
.....

fatto avvenuto in località il alle ore

La lesività riscontrata appare/non appare compatibile con quanto riferito.

Per quanto riguarda i mezzi che furono causa delle lesioni si ritiene di identificarli in:

¹ Ove non siano disponibili validi documenti identificativi o vi sia ragione di dubitare della loro veridicità, è indispensabile corredare il referto di un'accurata descrizione fisica del soggetto riportando anche segni particolari utili all'identificazione del soggetto.

² Descrivere accuratamente le caratteristiche delle lesioni, integrando eventualmente con documentazione fotografica.

Le suddette lesioni sono guaribili entro giorni s.c³.

Dalle lesioni di cui in precedenza deriva/non deriva una malattia che mette in pericolo la vita della persona assistita.

È presumibile che dalle lesioni riscontrate derivino/non derivino postumi permanenti di rilevanza penale.

Sono state inoltre praticate le seguenti terapie

.....

.....

Firma leggibile del sanitario o dei sanitari che hanno prestato assistenza

³ Valutare attentamente i giorni di prognosi, considerando trattasi di prognosi clinica e non lavorativa.

1.5 Certificazioni in tema di omicidio stradale e lesioni personali

G. Aloise, G. Carbone

La legge n. 41 del 23 Marzo 2016 ha introdotto nel nostro ordinamento due nuove fattispecie di reato: l'omicidio stradale e le lesioni stradali. L'omicidio stradale viene regolamentato con l'articolo 589 bis del codice penale (c.p.), a norma del quale è punito il conducente di veicoli a motore la cui condotta colposa costituisca causa dell'evento mortale; sono previste tre diverse ipotesi delittuose di diversa gravità, alle quali corrispondono tre diversi trattamenti sanzionatori; non è altro che una particolare fattispecie di omicidio colposo che si verifica ogni qual volta venga posta in essere una delle condotte, precisamente descritte nell'articolo di legge, che violano alcune norme che disciplinano la circolazione stradale.

Di seguito vengono descritte le tre varianti previste per l'omicidio stradale:

- L'articolo 589 bis, in generale punisce chiunque cagiona, per colpa, la morte di una persona a seguito della violazione delle norme che disciplinano la circolazione stradale; la pena, in questo caso, è quella della reclusione da due a sette anni.
- Diverso è il caso in cui la morte di una persona sia causata per colpa da chiunque si ponga alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica quantificato con un tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l o in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope; è prevista infatti, un'ipotesi sanzionatoria più grave, cioè la reclusione da otto a dodici anni.
- L'ultima ipotesi sanzionatoria contemplata dall'articolo 589-bis si verifica invece nel caso in cui la morte di una persona sia cagionata per colpa dal conducente di un veicolo a motore che si trovi in stato di ebbrezza alcolica

quantificato con un tasso alcolemico compreso tra 0,8 e 1,5 g/l o o abbia causato l'incidente dopo condotte pericolose (eccesso di velocità, inversioni a rischio, guida contromano, ecc.) ; in tal caso, infatti, la pena è quella della reclusione da cinque a dieci anni. La norma che disciplina in generale l'omicidio stradale prevede anche una circostanza aggravante, il cui verificarsi comporta un aumento delle pene previste per le tre ipotesi sopra indicate; tale aggravante si verifica quando l'omicidio stradale sia derivato dalla condotta di una persona sprovvista di patente di guida o la cui patente sia stata sospesa o revocata. Essa è inoltre identificata con il caso in cui il veicolo a motore con il quale è compiuto il fatto sia di proprietà del conducente e sia sprovvisto di assicurazione obbligatoria.

Un'ulteriore circostanza aggravante, questa volta a efficacia speciale, è prevista poi dal successivo articolo 589 ter del codice penale, anch'esso introdotto con la legge numero 41/2016; tale norma, infatti, prevede che la pena sia aumentata da un terzo a due terzi e comunque non sia inferiore a cinque anni nel caso in cui il conducente che abbia cagionato un omicidio stradale si sia dato alla fuga. In altri casi, invece, la pena prevista per l'omicidio stradale è diminuita: si tratta, nel dettaglio dei casi di concorso di colpa della vittima; l'articolo 589 bis c.p., infatti, non disciplina solo la circostanza aggravante comune sopra illustrata ma prevede anche una circostanza attenuante a efficacia speciale stabilendo, che la pena è diminuita fino alla metà nel caso in cui l'evento morte non derivi esclusivamente dall'azione o dall'omissione del colpevole.

Nel regolamentare il reato di omicidio stradale il legislatore non ha omesso, infine, di prendere in esame il caso in cui la condotta di guida veda coinvolte più vittime. Più in particolare il riferimento va non solo al caso in cui il conducente abbia cagionato la morte di più persone, ma anche al caso in cui egli abbia cagionato la morte di una o più persone e lesioni a una o più persone. In tali ipotesi la pena è quella prevista per la violazione più grave, aumentata fino al triplo. In ogni caso, la sanzione può arrivare fino a massimo diciotto anni di carcere.

Le lesioni stradali sono regolamentate dall'articolo 590 bis del codice penale che punisce chiunque cagioni per colpa ad altri una lesione personale con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale. In particolare, anche con riferimento a tale ipotesi delittuosa si prevedono tre diversi regimi sanzionatori:

1. In generale sono previste le seguenti sanzioni con la reclusione da tre mesi a un anno per le lesioni gravi e da uno a tre anni per le lesioni gravissime.
2. Le ipotesi più gravi che sono punite con la reclusione da otto a dodici anni in

caso di omicidio, sono invece sanzionate con la reclusione da tre a cinque anni per le lesioni gravi e da quattro a sette anni per le lesioni gravissime.

3. Infine, laddove l'articolo 589 bis stabilisce la pena della reclusione da cinque a dieci anni per l'omicidio, l'articolo 590 bis stabilisce la reclusione da un anno e sei mesi a tre anni per le lesioni gravi e da due a quattro anni per le lesioni gravissime.

Le circostanze aggravanti ed attenuanti previste per le lesioni stradali sono le medesime previste per l'omicidio stradale, con l'unica peculiarità che, in caso di lesioni plurime, la pena aumentata sino al triplo non può superare gli anni sette. I dati disponibili inerenti tale fenomeno sono scarsi e incompleti proprio perché la norma è stata introdotta nel 2016, fino a questa data l'omicidio e le lesioni personali prodotto a seguito di incidente stradale rappresentavano un'aggravante dell'articolo 589 e 590 del codice penale (rispettivamente omicidio colposo e lesioni colpose).

Dai pochi dati disponibili sul sito dell'Istat si può notare che l'omicidio stradale nella popolazione giovane rappresenta quasi la totalità degli omicidi colposi commessi da questo target di popolazione; inoltre risulta evidente che i maschi sono più coinvolti in questa fattispecie di delitto rispetto alle femmine (tabella 1).

anno 2016						
	maschi			femmine		
	14-17 anni	18-24 anni	25-34 anni	14-17 anni	18-24 anni	25-34 anni
omicidi colposi	11	128	192	1	17	54
omicidi colposi da incidente stradale	9	121	162	1	15	34

Fonte: Giovani.Stat.it

Tabella 1 – Numero autori di delitto arrestati/denunciati dalle Forze dell'Ordine, sesso ed età.

CAPITOLO II

DALLA NASCITA ALLA MORTE

2.1 Certificazione e modulistica in campo ostetrico e ginecologico

M. Sani

Rispetto alla certificazione medica in generale, il medico e in particolare lo specialista ginecologo devono soddisfare delle richieste che sono rivolte non solo all'interesse della singola paziente, ma coinvolgono anche problematiche più complesse.

Prevalentemente la differenza si avverte nel corso della gravidanza in cui vengono richiamati concetti sia di sanità pubblica (implicazioni sanitarie dei luoghi di lavoro, risvolto sul rischio fetale) che di valutazione delle condizioni fisiche rispetto alle necessità di vita quotidiana.

La richiesta di indagini predittive in gravidanza, destinate alla tutela della salute della donna e del nascituro, sono consentite se autorizzate in forma scritta dalla gestante, successivamente a idonea informazione (art. 46 Codice Deontologico). È opportuno sapere che i certificati devono essere inviati all'INPS direttamente dal medico del Servizio Sanitario Nazionale, esclusivamente per via telematica, utilizzando il medesimo sistema di trasmissione delle certificazioni di malattia.

INTERDIZIONE DAL LAVORO DELLE LAVORATRICI IN STATO DI GRAVIDANZA (ART. 17 T.U. – ART. 18 DPR 1026/1976 – L. 35/2012)

Si configura nel caso di gravi complicanze della gravidanza o di preesistenti forme morbose che possano essere aggravate dallo stato di gravidanza; in questo caso, l'astensione è accertata dallo specialista ASL.

Il provvedimento di interdizione è disposto, d'ufficio o su istanza della lavoratrice, dalla Direzione territoriale del lavoro ed ha valore immediato dal mo-

mento del provvedimento stesso, quando le condizioni di lavoro o ambientali siano ritenute pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino o la lavoratrice non possa essere spostata ad altre mansioni, secondo quanto previsto dagli articoli 7 e 12.

Le lavoratrici hanno facoltà di astenersi dal lavoro (cosiddetta "flessibilità"):
- dal mese precedente la data presunta del parto (anziché dai due mesi precedenti);
- e nei 4 mesi successivi al parto (anziché nei 3 mesi successivi).

A condizione che il medico specialista del SSN e/o il medico competente attestino che non si produca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro. Le certificazioni mediche devono essere acquisite dalla lavoratrice nel corso del VII mese di gravidanza.

La circolare ministeriale n. 43/2000 prevede che la concessione della flessibilità sia subordinata a:

- I) assenza di condizioni patologiche che configurino situazioni di rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta;
- II) assenza di un provvedimento di interdizione anticipata dal lavoro o il venir meno delle cause che abbiano in precedenza portato ad un provvedimento di interdizione anticipata nelle prime fasi di gravidanza;
- III) assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto; non è comunque consentito, ai fine dell'opzione, lo spostamento della lavoratrice ad altra mansioni o la modifica delle condizioni e dell'orario di lavoro;
- IV) assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro.

PREMIO ALLA NASCITA O ALL'ADOZIONE DI MINORE

Alle tutele previdenziali della parentalità, si segnala la disposizione di cui all'articolo 1 comma 353 della legge 11 dicembre 2016 n. 232 di cui circ. INPS 78/2017 che dispone che: *"a decorrere dal 1° gennaio 2017 è riconosciuto un premio alla nascita o all'adozione di minore dell'importo di 800 euro. Il premio, che non concorre alla formazione del reddito complessivo di cui all'articolo 8 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, è corrisposto dall'INPS in unica soluzione, su domanda della futura madre, al compimento del settimo mese di gravidanza o all'atto dell'adozione".*

Anche in questo caso, va presentato un certificato di gravidanza “esclusivamente per le future madri non lavoratrici, in alternativa al certificato di gravidanza, è possibile indicare il numero identificativo a 15 cifre di una prescrizione medica emessa da un medico del SSN o con esso convenzionato, con indicazione del codice esenzione compreso tra M31 e M42 incluso. La veridicità di tale autocertificazione sarà verificata dall'INPS presso le competenti amministrazioni”.

CERTIFICATO INERENTE AL VOLO

Per una donna incinta il trasporto aereo non è proscritto, ma ci sono delle regole che bisogna conoscere anche se la gravidanza procede regolarmente. Queste regole sono richieste dalle varie compagnie aeree. Ryanair non accetta donne con gravidanza a rischio, per cui deve essere redatto un certificato attestante il pieno benessere.

Dopo la 28° settimana, bisogna farsi compilare un certificato di "idoneità al volo", senza il quale può essere vietato l'imbarco.

Ryanair non autorizza il viaggio alle donne in stato di gravidanza singola non a rischio oltre la 36esima settimana. Per le gravidanze gemellari, trigemellare, ecc il viaggio non è consentito oltre la 32esima settimana.

Il certificato deve essere datato entro 15 giorni dalla partenza.

Easy jet non ammette donne oltre la 35° settimana.

Alitalia consente l'imbarco fino all'8° mese (sempre con attestazione di buona salute).

È sconsigliato il viaggio se il parto è previsto nei 7 giorni successivi al viaggio.

È da segnalare alla paziente che un volo protratto può facilitare l'insorgenza di una trombosi venosa, per cui è consigliabile ogni 20' minuti di fare una camminata.

Nome del passeggero:

Gravidanza singola

Gravidanza multipla

Volo di andata:/...../.....

Numero di settimane in stato di gravidanza: settimane

Volo di ritorno:/...../.....

Numero di settimane in stato di gravidanza: settimane

Il medico deve confermare quanto segue:

La gravidanza non è a rischio

La data presunta del parto è/...../.....

La paziente è in grado di volare

Firma e timbro del medico..... Data/...../.....

CERTIFICATO MEDICO

Certifico di aver visitato in data odierna la Sig.ra
nata a il dipendente dalla/e dit-
ta/e sede di lavoro
qualifica attualmente nel corso della settimana
di gravidanza (U.M. E.P.P.).

Dall'esame clinico/strumentale non sono emerse condizioni patologiche che configurino una situazione di rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta e non vi sono controindicazioni allo svolgi-
mento dell'attività lavorativa in questa sede dichiarata.

**[In particolare, sono cessate le cause che avevano dato luogo al/i provvedi-
mento/i di astensione anticipata dal lavoro.]**

Inoltre, sulla base delle dichiarazioni rese dalla lavoratrice, si attesta

- *l'assenza di pregiudizio per la sua salute e quella del nascituro derivante dal-
le mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di
lavoro effettuato;*
- *l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità
per il raggiungimento del posto di lavoro.*

L'esercizio dell'opzione di "flessibilità" ai sensi dell'art. 20 del Dlgs n.151/2001,
allo stato attuale, non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del na-
scituro.

..... li

In fede
Firma e timbro dello specialista

La parte redatta in corsivo deve essere attestata solo nel caso in cui non sus-
sistga l'obbligo da parte del datore di lavoro di sorveglianza sanitaria sul lavo-
ro: in caso contrario tale parte dovrà essere attestata dal medico competen-
te e non dallo specialista ginecologo.

CERTIFICATO DI ASTENSIONE DAL LAVORO PER PATHOLOGIA

La sig.ra nata a il
residente a prov
in via C.A.P.
occupata presso
in qualità di

si trova attualmente al settimana di gravidanza.

L'epoca presunta del parto è il

PER COMPLICANZE della gestazione

PER PREESISTENTI FORME MORBOSE che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza

SI CONFIGURA l'esistenza di una gravidanza rischio e si consiglia l'astensione dal lavoro dal al

Roma,

IL MEDICO SPECIALISTA

(firma e timbro)

Si specifica che le gravidanze conseguite con inseminazione artificiale sono da considerarsi gravidanze a rischio (codice M50) e la certificazione viene emessa dal giorno in cui è stato effettuato l'intervento con indicazione "a termine", per cui basta solo il certificato iniziale.

CERTIFICATO DI INTERRUZIONE GRAVIDANZA

Dott.

Medico chirurgo

In data odierna al sottoscritto Dott.
si è presentata la Sig.ra
nata a il e residente in
che ha richiesto l'interruzione della gravidanza ai sensi della L. 194/1978.
Dall'anamnesi e dagli esami eseguiti si constata una gravidanza alla settimana (UM).

Si sono esaminate le possibili soluzioni al problema.

Esistendo le circostanze di cui all'art. 4 della legge n. 194/78 la richiedente,
trascorsi sette giorni dalla data del presente certificato, potrà presentarsi in
una delle sedi autorizzate per effettuare l'intervento.

Firma del medico

.....

La richiedente

Documento.....

Data

CERTIFICATO DI INTERRUZIONE GRAVIDANZA URGENTE

Dott.

Medico chirurgo

In data odierna al sottoscritto Dott.

si è presentata la Sig.ra

nata a il e residente in

che ha richiesto l'interruzione della gravidanza ai sensi della L. 194/1978.

Dall'anamnesi e dagli esami eseguiti si constata una gravidanza alla settimana (UM).

Esaminate le possibili soluzioni al problema, rilevando che sussistono le circostanze di cui all'art. 4 della legge n. 194/78, la richiedente potrà presentarsi in una delle sedi autorizzate per essere sottoposta all'intervento di gravidanza URGENTE per scadenza termini.

Firma del medico

.....

La richiedente

Documento.....

Data

**DOMANDA DI CORRESPONSIONE DI INDENNITÀ
(riservata al medico iscritto ENPAM)**

RACCOMANDATA A.R.

Fondazione E.N.P.A.M.
AREA DELLA PREVIDENZA
Servizio Prestazioni Fondo
Generale
Ufficio Indennità di Maternità
Piazza Vittorio Emanuele II n. 78
00185 ROMA

La sottoscritta chiede a codesto Ente la corresponsione dell'indennità di:

MATERNITÀ ADOZIONE ABORTO
ai sensi della L. 11/12/90 n. 379.

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalla legge per coloro che rendono dichiarazioni false DICHIARA, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti della L. 4/1/68 n. 15, della L. 28/2/86 n. 45 e della L. 15/5/97 n.127:

- di essere nata a (Prov.) il/..../....
- di essere residente a (Prov.)
- Via cap..... tel.....
- di avere il domicilio fiscale a
- codice fiscale codice ENPAM
- che la data di inizio della gravidanza è/..../...., la data presunta del parto è/..../....
- che il parto è avvenuto in data/..../....
- OVVERO: che l'aborto è avvenuto in data/..../....
- OVVERO: che la data dell'ingresso del bambino in famiglia è il/..../....

Dichiara inoltre di non aver diritto alle indennità di maternità di cui alle leggi 30 dicembre 1971 n. 1204 e 29 dicembre 1987 n. 546 e successive loro modificazioni e di non aver presentato domanda di indennità presso altri Enti previdenziali.

ATTESTA, di:

(barrare la casella che interessa)

di non svolgere alcun tipo di attività professionale

di essere titolare di borsa di studio per:

.....

di essere libera professionista e di svolgere la(e) seguente(i) attività:

.....

di svolgere attività professionale in qualità di titolare specialista ambulatoriale o medicina dei servizi, e di aver sospeso l'attività: dal/...../..... al/...../..... e di aver usufruito di sospensione remunerata dal/...../..... al/...../.....

di aver percepito nel secondo anno precedente quello di presentazione della domanda e denunciato ai fini fiscali, un reddito di €. come risulta dall'allegata documentazione.

CHIEDE che il pagamento della indennità spettante avvenga mediante:

ACCREDITO sul c/c bancario acceso presso

ISTITUTO BANCARIO

FILIALE/AGENZIA n. di

NUMERO C/C a LEI intestato o cointestato

CODICE C.A.B. CODICE A.B.I.

assegno circolare non trasferibile, esonerando l'ENTE da ogni responsabilità per l'incasso da parte di terzi del titolo eventualmente smarrito o trafigato.

La sottoscritta, infine, ai sensi dell'art. 11 della L. 675/96 presta il proprio consenso al trattamento da parte dell'Ente dei dati personali forniti col presente modulo, nei limiti e per gli scopi dichiarati dall'Ente stesso.

.....
(luogo e data)

.....
(firma per esteso)

N.B. Allegare copia fotostatica di un documento personale di riconoscimento.

La domanda può essere presentata alla Fondazione Enpam a partire dal compimento del 6° mese di gravidanza e comunque non oltre il 180° giorno dal parto, dall'aborto o, nel caso di adozione o di affidamento preadottivo, dall'ingresso del bambino nella famiglia, termine perentorio fissato dalla legge 379/90 a pena di decadenza dal diritto. Si consiglia, peraltro, di inoltrare la domanda già completa di tutti i dati richiesti per una più rapida evasione della pratica.

Qualsiasi variazione di rapporto professionale che possa influire sul diritto alla prestazione (ad es. inizio di rapporto di lavoro dipendente ect.) ricadente nel periodo teoricamente assistibile dovrà essere **comunicato tempestivamente** a questo Ente.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA

- Copia della dichiarazione, Modello fiscale relativo ai redditi del secondo anno precedente a quello della domanda, completo di ogni quadro utilizzato per la denuncia di redditi professionali, nonché mod. 750 nei casi previsti e delle certificazioni rilasciate da tutti i sostituti d'imposta. Ciascun foglio di detta dichiarazione e dei relativi allegati dovrà recare la seguente annotazione apposta e sottoscritta dall'istante "copia conferme all'originale presentato all'Ufficio delle Imposte dirette";
- Ed inoltre: in originale o copia autenticata in carta semplice:
 - A) PER LE DOMANDE DI INDENNITÀ DI MATERNITÀ
 - certificato medico attestante la data di inizio gravidanza, la data presunta e la data effettiva del parto;
 - B) PER LE DOMANDE DI INDENNITÀ DI ABORTO:
 - certificato medico, rilasciato dalla A.S.L. o dalla casa di cura accreditata che ha fornito le prestazioni sanitarie, attestante la data di inizio della gravidanza e comprovante la data e la natura dell'avvenuto aborto (spontaneo o terapeutico);
 - C) PER LE DOMANDE DI INDENNITÀ DI ADOZIONE O AFFIDAMENTO PRE-ADOTTIVO:
 - copia autenticata del provvedimento di adozione o affidamento pre-adottivo da cui risulti anche la data di nascita del bambino;
 - D) PER LE ISCRITTE AMBULATORIALI E/O MEDICINA DEI SERVIZI TITOLARI:
 - certificato di attuata sospensione dell'attività, attestante la data di inizio e di fine del periodo di sospensione già remunerato dalle AA.SS.LL.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO (1)

PAZIENTE (Nome/Cognome) (iniziali ove previsto)

Età Data di nascita/...../..... Sesso M F

Codice fiscale

Numero di tessera sanitaria dell'assistito

ASL di appartenenza dell'assistito Provincia

Regione

Diagnosi:

Formulata in data: da:

Medico specialista Dr/Prof

Centro

Reparto

Day-Hospital

Ambulatorio

Altro

PROGRAMMA TERAPEUTICO:

Farmaco/i prescritto/i (Specialità):

Nota AIFA n°

Posologia

Durata prevista del trattamento (2)

Prima Prescrizione Prosecuzione della cura

Data:...../...../.....

Timbro e firma del medico prescrittore (3)

Timbro del centro

(1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico dell'ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

(2) Non oltre 1 anno. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.

(3) I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.

2.2 Morte encefalica, donazione d'organi e tessuti

R. Serino

LA DEFINIZIONE DI MORTE

La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo (cosiddetta 'morte cerebrale' o, meglio, 'morte encefalica') nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a misure rianimatorie, quindi con il battito cardiaco ancora presente. La morte encefalica deve essere diagnosticata e accertata con criteri neurologici; ciò consente sia il prelievo di organi a scopo di trapianto terapeutico, sia l'interruzione delle manovre rianimatorie. La legislazione italiana prevede che la diagnosi e l'accertamento siano due momenti distinti: la prima è compito obbligatorio del medico che ha in cura il soggetto, il secondo deve essere effettuato successivamente da un apposito collegio nominato dalla Direzione Sanitaria.

LA DIAGNOSI DI MORTE ENCEFALICA

La diagnosi di morte encefalica è un processo complesso, che comprende diverse fasi.

Si deve prima di tutto verificare l'esistenza di alcune precondizioni essenziali.

Il soggetto deve essere privo di coscienza e sottoposto a ventilazione meccanica per assenza di respiro spontaneo; non devono essere presenti convulsioni né posture in flessione o estensione patologica, né apertura degli occhi o risposte motorie a stimoli dolorosi standardizzati (quali la pressione sul nervo sovraorbitario, sull'articolazione temporo-mandibolare o sul letto ungueale).

Il quadro clinico non deve avere possibilità di evoluzione favorevole, né spontanea né in seguito a terapia medica o chirurgica, e deve essere coerente con

la gravità della lesione cerebrale; quest'ultima a sua volta deve avere un'ezio-
logia nota e deve essere adeguatamente documentata da dati anamnestici,
clinici e di neuroimaging.

Si devono poi escludere condizioni che potrebbero influenzare il quadro clinico in modo rilevante. Va quindi esclusa l'interferenza di farmaci anestetici, ipnotici, sedativi, bloccanti neuromuscolari: ciò può essere fatto, quando possibile, con l'uso di loro antagonisti o con la determinazione della loro concentrazione plasmatica; nel caso dei bloccanti neuromuscolari anche l'impiego di stimolatori può chiarire il quadro clinico. Quando tutto questo sia impossibile, occorre attendere un congruo periodo di tempo, che consenta la sicura eliminazione di tali farmaci. Devono essere esclusi l'ipotermia (temperatura interna <32°C), l'ipotensione arteriosa sistemica e i disturbi endocrini e metabolici, in particolare gravi alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico e glucidico.

Se non è possibile escludere con certezza un ruolo significativo dei fattori sopradetti nella determinazione del quadro clinico, è necessario dimostrare l'assenza del flusso ematico cerebrale.

Attuata la necessaria verifica delle precondizioni ed esclusi i fattori che interferiscono con il quadro clinico, **si passa alla diagnosi di morte encefalica**, la quale si fonda sulla contemporanea **assenza della coscienza, dei riflessi del tronco cerebrale valutati da entrambi i lati, del respiro spontaneo in condizioni di ipercapnia e acidosi, e dell'attività elettrica cerebrale all'elettroencefalogramma**.

L'assenza di coscienza è l'assenza di consapevolezza di sé e dell'ambiente esterno e viene valutata come assenza di reazioni a stimoli esterni quali quelli dolorosi standardizzati già sopra ricordati (pressione sul nervo sovraorbitario, sull'articolazione temporo-mandibolare o sul letto ungueale), la risposta alla chiamata, ecc.

I **riflessi di tronco** sono:

- **Riflesso fotomotore:** riflesso diretto/consensuale a una fonte di luce intensa, in un ambiente in penombra: le pupille devono essere areagenti.
- **Riflesso corneale:** si evoca stimolando con un batuffolo di cotone o garza la parte più periferica della cornea; come risposta non si deve avere assenza di ammiccamento e la lacrimazione.
- **Riflesso oculocefalico:** dopo aver escluso lesioni cervicali, si ruota rapidamente la testa prima da un lato e poi dall'altro: i bulbi devono restare immobili, in posizione centrale nelle orbite, dando luogo al cosiddetto fenomeno degli 'occhi di bambola'.

- **Riflesso oculovestibolare:** si verifica preliminarmente mediante otoscopia la pervietà del condotto uditivo esterno e l'assenza di lesioni della membrana timpanica; il capo deve essere sollevato di 30°. Si procede quindi all'iniezione nel condotto uditivo esterno di tre boli di acqua ghiacciata da 20 ml ognuno, con una pausa di qualche secondo fra uno e l'altro (la velocità di iniezione deve essere di circa 1 ml/secondo); si verifica poi per 1-2 minuti che i globi oculari restino fissi in posizione centrale nelle orbite; dopo un'ulteriore pausa di qualche minuto si ripete la procedura dall'altro lato.
- **Riflesso carenale:** si valuta con l'introduzione in trachea (oltre l'estremità distale del tubo orotracheale o della cannula tracheostomica) di un sondino da aspirazione: non devono seguire colpi di tosse né smorfie della faccia.
- **Assenza di risposta motoria** a stimoli dolorosi apportati nel territorio innervato dal nervo trigemino: di solito si esercita una adeguata pressione sul punto di emergenza del nervo sovraorbitario, fra terzo mediale e terzo medio dell'arcata sopracciliare.

Assenza di respiro spontaneo (test dell'apnea): **in previsione di un espianto d'organo**, al fine di evitare il collasso alveolare e garantire una buona ossigenazione tissutale, è necessario innanzitutto effettuare un'adeguata toilette bronchiale e iperossigenare il soggetto ventilandolo per circa 15 minuti con ossigeno ($\text{FiO}_2 = 0,8$); si deve poi ridurre la ventilazione (vol/min.) per portare la CO_2 di fine espirazione attorno a 40 mmHg; si passa a CPAP + 5 cm H₂O; la paCO₂ aumenta di 2-3 mmHg/min, finché la PCO₂ supera i 60 mmHg (documentata con l'emogasanalisi) con pH < 7,40. In questo periodo il soggetto non deve presentare movimenti della gabbia toracica o del diaframma. Si riprende la ventilazione meccanica.

Il test dell'apnea deve essere eseguito per ultimo, al termine dell'esame clinico, perché la sua esecuzione può dar luogo a desaturazione arteriosa, aritmie, ipotensione grave.

Se non è previsto l'esprianto d'organo la ventilazione meccanica viene sospesa fino al raggiungimento di ipercapnia accertata maggiore o uguale a 60 mmHg con pH ematico non superiore a 7,40.

GLI ACCERTAMENTI STRUMENTALI

- **L'elettroencefalogramma** deve dimostrare l'assenza di attività elettrica di origine cerebrale, sia spontanea che provocata, di ampiezza superiore a due microvolts. Per la registrazione, che deve obbligatoriamente essere effettuata su

carta, devono essere utilizzati almeno otto elettrodi e si deve applicare un'amplificazione di due microvolts/mm. Durante ciascuna seduta di registrazione, che deve durare almeno trenta minuti, devono essere apportate al soggetto varie stimolazioni sensoriali (acustiche, luminose, dolorose). Il protocollo particolareggiato delle modalità di esecuzione dell'elettroencefalogramma costituisce l'allegato n. 1 al Decreto Ministeriale n. 582 del 22/8/1994.

- Studio dei *potenziali evocati*, in particolare dei potenziali evocati uditivi del tronco cerebrale (BAEPs) e dei potenziali evocati somatosensoriali a breve latenza (sISEPs).

I BAEPs vengono evocati utilizzando come stimolo un click di 100 dB della durata di 0,1 msec; la risposta viene valutata con un elettrodo al vertice e un riferimento al lobo dell'orecchio e alla mastoide. Nella morte encefalica si può evidenziare solo la prima o nessuna delle cinque onde positive che costituiscono il tracciato normale: questo secondo caso, più frequente, potrebbe però anche essere dovuto a una lesione del nervo acustico.

Gli sISEPs vengono evocati stimolando in genere il nervo mediano al polso con una corrente continua della durata di 0,1 msec e di intensità tra 10 e 50 mA; le risposte vengono registrate a livello del punto di Erb, del midollo cervicale e del cuoio capelluto. Nella morte encefalica è tipicamente presente l'onda cervicale, ma non quella corticale.

Un vantaggio importante dei potenziali evocati è che essi non sono influenzati dai sedativi, dai curarici e dai fattori responsabili dei comi metabolici e tossici reversibili; un loro limite è che occorre escludere con assoluta certezza la presenza di patologie traumatiche e non (per esempio dell'orecchio, del nervo acustico, del nervo mediano, del plesso brachiale, del midollo spinale), che potrebbero essere le uniche responsabili dell'assenza di risposta.

Si tratta comunque di una metodica che non può sostituire la dimostrazione dell'assenza di flusso ematico cerebrale nei casi in cui questa è richiesta dalla legge.

Nella morte encefalica sono frequenti segni clinici, la cui presenza non è però necessaria per la diagnosi: tra di essi i più comuni sono la poliuria da diabete insipido, l'ipotermia e la tendenza all'ipotensione arteriosa.

L'attività del midollo spinale non ha alcuna rilevanza ai fini della diagnosi e dell'accertamento della morte encefalica; come conseguenza di quest'ultima il midollo perde inizialmente la sua funzionalità (cosiddetto 'shock' spinale) per recuperarla dopo alcune ore in modo aumentato a causa del venire meno dell'inibizione da parte dell'encefalo.

Un'alta percentuale di soggetti in morte encefalica presenta quindi riflessi osteotendinei, riflessi cutanei plantari sia in retrazione che in flessione, riflessi addominali. Possono anche essere presenti movimenti complessi come il segno di Lazzaro o automatismi che simulano la marcia.

I riflessi somato-viscerali e viscero-viscerali, pure essi alquanto frequenti, possono richiedere un trattamento farmacologico per non rendere difficile l'intervento di prelievo degli organi.

L'attività vegetativa (anisocoria, variazioni della pressione arteriosa sistemica e della frequenza cardiaca) è compatibile con la diagnosi di morte encefalica in quanto dovuta ad attività simpatica midollare.

Le norme attuali prescrivono che **la diagnosi di morte encefalica debba essere completata dalla dimostrazione (da effettuarsi una sola volta) dell'assenza del flusso ematico cerebrale nei seguenti casi:**

- a) bambini di età inferiore a 1 anno;
- b) presenza di fattori concomitanti (farmaci depressori del sistema nervoso centrale o miorilassanti, ipotermia, alterazioni endocrino-metaboliche, ipotensione sistemica pregressa) che possono influire sul quadro clinico; in alternativa è possibile attendere un congruo lasso di tempo che consenta di correggere o di eliminare questi fattori;
- c) situazioni che impediscono l'esecuzione dei riflessi di tronco (ad es. protesi oculari o ematomi che impediscono l'apertura delle palpebre) o l'elettroencefalogramma (ad es. scalpi estesi).

Si deve sottolineare che la dimostrazione dell'assenza del flusso ematico cerebrale si deve effettuare in aggiunta, e non in sostituzione, a tutto l'esame clinico e strumentale, per quanto eseguibile.

Le metodiche che in letteratura risultano più utilizzate per la dimostrazione dell'assenza del flusso ematico cerebrale sono le seguenti:

- **Angiografia cerebrale:** richiede che vengano iniettate entrambe le arterie carotidi interne e le vertebrali; costituisce la metodica di riferimento per l'accertamento dell'assenza del flusso ematico cerebrale, ma è un esame invasivo, non disponibile in tutti i presidi ospedalieri e presenta spesso difficoltà organizzative non indifferenti legate al trasferimento del soggetto in sala angiografica.
- **Metodiche scintigrafiche:** richiedono un servizio di medicina nucleare. L'**angioscintigrafia** viene eseguita con ^{99m}Tc o con $^{99m}\text{TcDTPA}$ (agenti che non attraversano la barriera ematoencefalica intatta) e consente in condizioni normali di visualizzare il circolo cerebrale anteriore.

Gravi limiti della metodica sono costituiti dalla insufficiente visualizzazione del circolo posteriore e dalla mancata visualizzazione anche di quello anteriore nei casi in cui ci sia un flusso ematico cerebrale molto ridotto, anche se non totalmente assente.

La scintigrafia di perfusione (SPECT) utilizza il $^{99m}\text{TcHMPAO}$, che attraversa la barriera ematoencefalica intatta in modo proporzionale alla perfusione tissutale; il quadro caratteristico della morte encefalica è quello della cosiddetta 'testa vuota' dovuto all'assenza di captazione del tracciante all'interno della scatola cranica.

Con questa metodica si ha una buona visualizzazione della fossa posteriore e una facile possibilità di distinguere tra l'assenza del flusso ematico cerebrale e la sua drastica riduzione. È un esame non invasivo, affidabile ed eseguibile al letto del soggetto; trova i suoi maggiori limiti nella scarsa diffusione, nell'alto costo e nella difficoltà di preparazione del tracciante a causa della sua instabilità chimica; la captazione da parte del fegato, dei polmoni, dei reni e del cuore, oltre a documentare la perfusione di questi organi (dato molto utile in vista di un eventuale trapianto), dimostra comunque l'integrità chimica del $^{99m}\text{TcHMPAO}$.

- *Doppler transcranico*: consente di misurare bilateralmente la velocità del flusso ematico nelle arterie del poligono del Willis, nella carotide interna, nelle vertebrali e nella basilare. Il Doppler transcranico è un esame non invasivo, facilmente ripetibile, eseguibile al letto, poco costoso; nel rilevare l'arresto del circolo cerebrale esso presenta una sensibilità che va dal 91% al 99% e una specificità del 100%, purché siano eseguiti da un operatore esperto almeno due esami (a distanza di 30' l'uno dall'altro) che rivelino un quadro di reflusso diastolico o di spikes sistolici a carico dei vasi intracranici.
- *TAC previa inalazione di xenon*: consente di determinare il flusso ematico cerebrale. La metodica prevede l'effettuazione di scansioni a tre livelli per valutare i gangli della base, il centro semiovale e il tronco cerebrale con il cervelletto; vengono effettuate scansioni di base mentre il soggetto respira una miscela di aria e ossigeno; le stesse scansioni vengono poi ripetute mentre il soggetto inala, tramite l'apposita apparecchiatura, una miscela costituita per il 33% di Xenon e per il 67% di aria.

Il flusso ematico cerebrale viene determinato misurando l'incremento di densità del tessuto cerebrale provocato dallo xenon. Viene fatta la media dei flussi medi delle scansioni ai tre livelli già citati, ottenendo così il flusso ematico cerebrale totale: valori di quest'ultimo inferiori a 5 ml/100 mg/min

sono equivalenti alla assenza di flusso cerebrale e quindi compatibili con la morte encefalica.

Tra i vantaggi della metodica ci sono la sua attendibilità, anche nel distinguere una netta riduzione del flusso ematico dalla sua assenza, e il fatto che l'apparecchiatura necessaria può essere abbinata a qualunque TAC spirale senza richiedere quindi enormi investimenti economici; nonostante ciò essa è poco diffusa in Italia.

I limiti principali sono l'impossibilità di esaminare il ponte e il midollo allungato, a causa degli artefatti ossei e il fatto che le tre scansioni riguardano solo il 25% circa del volume cerebrale.

- *PET (tomografia ad emissione di positroni)*: fornisce dei risultati simili a quelli della TAC con xenon, con in più dati di tipo metabolico: è scarsamente utilizzabile a causa del suo costo altissimo e della limitata presenza in ambito clinico.

Altri esami e monitoraggi potrebbero essere utilizzati per dimostrare l'arresto del flusso ematico cerebrale, quali l'angio-TAC e l'angio-RMN (che dimostrano la mancata opacizzazione dei vasi intracranici) e la dimostrazione dell'annullamento della pressione di perfusione cerebrale (dovuto ad una pressione intracranica superiore alla pressione arteriosa media sistemica) o dell'estrazione cerebrale di ossigeno (differenza tra la saturazione in ossigeno dell'emoglobina del sangue arterioso e quella del sangue del bulbo della vena giugulare interna); ma la sensibilità e la specificità di questi esami in relazione alla diagnosi di morte encefalica non sono convalidate da sufficienti dati della letteratura.

Criteri cardiaci: si esegue un elettrocardiogramma protratto per un periodo **non inferiore ai 20 minuti registrato su supporto cartaceo o digitale**. Questo intervallo è considerato il “tempo di anossia”, trascorso il quale si considera certa una irreversibile perdita delle funzioni dell'encefalo e quindi la morte dell'individuo.

L'ACCERTAMENTO DELLA MORTE ENCEFALICA

Dell'avvenuta diagnosi di morte encefalica, eseguita da parte del medico che ha in cura il soggetto, viene data notizia alla Direzione Sanitaria, la quale nomina il Collegio deputato all'accertamento della morte encefalica, così composto:

- un medico specialista in Anestesia e Rianimazione;
- un neurofisiopatologo o in mancanza un neurologo o un neurochirurgo esperto in elettroencefalografia;

- un medico legale o in mancanza un anatomopatologo o un medico di Direzione Sanitaria.

L'accertamento viene effettuato nel **rispetto** assoluto da parte dei medici dei **criteri di accertamento di morte** indicati nella Legge 29/12/1993 n. 578 e nel Decreto Ministeriale 11 aprile 2008, durante un periodo di osservazione che varia in funzione dell'età del soggetto:

- sei ore per l'adulto e i bambini al di sopra di cinque anni di età;
- dodici ore per i bambini tra uno e cinque anni;
- ventiquattro ore per i bambini di età inferiore ad un anno.

Per i neonati l'accertamento della morte encefalica è possibile solo se la nascita è avvenuta dopo la trentottesima settimana di vita intrauterina e comunque dopo almeno una settimana di vita extrauterina.

Se la lesione cerebrale è conseguenza di un evento anossico, il periodo di osservazione non può iniziare prima che siano trascorse almeno 24 ore da tale evento; la sua durata sarà poi quella sopra descritta.

Durante questo periodo il Collegio deve riunirsi almeno 3 volte (all'inizio, a metà e alla fine) e constatare la contemporanea persistenza di tutte le condizioni che hanno portato alla diagnosi di morte encefalica: assenza della coscienza, dei riflessi del tronco cerebrale, del respiro spontaneo in condizioni di ipercapnia e acidosi, e dell'attività elettrica cerebrale all'elettroencefalogramma.

Qualora anche una sola di tali condizioni venisse a cessare, il periodo di osservazione deve essere interrotto e deve riprendere dall'inizio se tutte le condizioni necessarie coesistono nuovamente.

Nei casi previsti il Collegio verifica inoltre che sia stata dimostrata l'assenza del flusso ematico cerebrale.

Al termine del periodo di osservazione il Collegio accerta, redigendone apposito verbale, la morte del soggetto, avvenuta nel momento in cui tutte le già citate condizioni hanno cominciato a coesistere.

LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Il trapianto è una prestazione sanitaria che rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Alla base del trapianto c'è la donazione, un atto volontario, consapevole, gratuito e anonimo. I principi della **gratuità, libertà, consapevolezza, volontarietà e anonimato** sono trasversali a tutte le tipologie di donazione e sono posti a tutela del donatore e del ricevente.

Si può essere donatori sia in vita sia dopo la morte. La normativa nazionale

individua le modalità con cui dichiarare la propria volontà sulla donazione di organi e tessuti dopo la morte e i diversi percorsi per essere donatori in vita, nonché le tutele previste per il donatore e per il ricevente.

DONAZIONE DOPO LA MORTE

Ogni cittadino maggiorenne può esprimere il proprio consenso o dissenso finalizzato alla donazione di organi e tessuti dopo la morte attraverso una delle seguenti modalità:

- firmando un modulo apposito presso la propria Azienda Sanitaria Locale (ASL) di riferimento;
- presso gli uffici anagrafe dei Comuni al momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità;
- compilando il tesserino blu del Ministero della Salute o una delle donor card distribuite dalle associazioni di settore che il cittadino deve conservare tra i propri documenti personali);
- compilando l'atto olografo della Associazioni Italiana per la donazione di organi, tessuti e cellule (AIDO);
- riportando la propria dichiarazione di volontà su un foglio bianco (comprendivo di data e firma) che il cittadino deve custodire tra i propri documenti personali.

La dichiarazione resa all'ASL, al Comune o all'AIDO è registrata nel Sistema Informativo Trapianti e consultabile dai medici per verificare, in caso di necessità, l'esistenza di un'espressione di volontà sulla donazione di organi o tessuti.

Il cittadino può cambiare idea sulla donazione in qualsiasi momento: in caso di accertamento della volontà espressa in vita, fa sempre fede l'ultima dichiarazione resa in ordine temporale. Non esistono limiti di età per esprimersi sulla donazione di organi e tessuti.

Nel caso in cui la persona non abbia rilasciato in vita una dichiarazione in merito alla donazione di organi e tessuti, il prelievo è consentito solo se i familiari aventi diritto (nell'ordine: coniuge non separato, convivente more uxorio, figli maggiorenni e genitori) non si oppongono alla donazione. Per i minori sono sempre i genitori a decidere; se uno dei due è contrario, il prelievo non può essere effettuato.

Il principio del "silenzio-assenso", introdotto dalla Legge 1 aprile 1999 n. 91 artt. 4 e 5, non ha trovato attuazione e, per questo, le modalità di dichiarazione sopra indicate discendono dall'applicazione del **consenso o dissenso esplicito** (art. 23 della Legge 1 aprile 1999 e Decreto del Ministero della Salute 8 aprile 2000).

Gli organi che possono essere donati dopo la morte sono: cuore, polmoni, rene, fegato, pancreas e intestino; tra i tessuti: pelle, ossa, tendini, cartilagine, cornee, valvole cardiache e vasi sanguigni. La legge vieta espressamente la donazione del cervello e delle gonadi.

La figura del donatore, sia essa intesa come donatore da vivente che come donatore dopo la morte, viene tutelata dal nostro ordinamento dal punto di vista medico, etico e legale.

Tra le principali garanzie è prevista la totale **indipendenza tra il processo di accertamento di morte, condizione necessaria perché si possa eseguire il prelievo di organi e tessuti, e l'eventuale donazione.**

Il collegio di medici esperti che certifica la morte (art. 2, comma 5, L. 29/12/1993, n. 578) è indipendente da chi ha riscontrato lo stato di morte (art. 3, L. 29/12/1993, n. 578) e diverso dall'équipe che eseguirà il prelievo e il trapianto (art. 18, comma 1, L. 1/4/1999, n 91).

Il collegio, accerta la morte con gli strumenti, i metodi e i criteri descritti più ampiamente nel capitolo “Morte encefalica – Diagnosi e accertamento”.

Solo in seguito all'accertamento di morte attraverso i criteri e nel caso in cui la persona abbia espresso il proprio consenso (o i familiari aventi diritto non si oppongano) si potrà procedere alla donazione di organi e tessuti.

Gli organi e i tessuti sono prelevati nel più grande rispetto del defunto. Dopo il prelievo, la salma del defunto è a disposizione della famiglia per le procedure relative alla sepoltura. L'art. 18 della Legge 1 aprile 1999 n. 91 dispone che «il personale sanitario ed amministrativo impegnato nelle attività di prelievo e di trapianto è tenuto a garantire l'anonimato dei dati relativi al donatore ed al ricevente».

Il Centro Nazionale Trapianti il 23/2/2017 ha deliberato le **raccomandazioni** finalizzate a fornire indicazioni in merito alla **verifica** della volontà del potenziale donatore **di organi e tessuti**. Nell'ipotesi in cui il soggetto sia donatore solo di tessuti, essendo diverse le modalità e le tempistiche di prelievo, le raccomandazioni non trovano applicazione.

Le raccomandazioni identificano:

1. i principi che regolano la verifica della volontà del potenziale donatore, che contemperano la tutela della volontà espressa in vita dal defunto o riportata dai suoi familiari, la garanzia di un'adeguata risposta terapeutica ai pazienti in lista d'attesa per trapianto, l'esigenza di adottare decisioni e prassi il più possibile condivise nella Rete Nazionale Trapianti (attraverso

il coinvolgimento dei coordinamenti locali, regionali, del Centro Nazionale Trapianti e della commissione di *Second Opinion Nazionale*, composta di esperti - infettivologo, anatomicopatologo, ematologo - indicati dallo stesso CNT) e la promozione di una corretta e omogenea applicazione della normativa, della trasparenza delle procedure e della tutela delle decisioni assunte nel pieno rispetto della normativa vigente.

2. i referenti per la procedura di verifica della volontà del potenziale donatore.

Sono referenti per la procedura di verifica della volontà del potenziale donatore:

- a. I sanitari che comunicano il decesso e l'accertamento di morte (art. 3, comma 2, legge 1 aprile 1999, n. 91: "All'inizio del periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, i medici delle strutture di cui all'articolo 13 forniscono informazioni sulle opportunità terapeutiche per le persone in attesa di trapianto, nonché sulla natura e sulle circostanze del prelievo, al coniuge non separato o al convivente more uxorio o, in mancanza, ai figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, ai genitori ovvero al rappresentante legale");
- b. I coordinatori locali/ospedalieri (art. 12, comma 2, legge 1 aprile 1999, n. 91: "I coordinatori locali provvedono, secondo le modalità stabilite dalle regioni: [omissis] c) a curare i rapporti con le famiglie dei donatori").

Nei casi critici, i soggetti referenti di cui ai punti a) e b) sono coadiuvati nella verifica della volontà, dai coordinamenti regionali, dalla *Second Opinion Nazionale* e dal Centro Nazionale Trapianti, che formulano un parere scritto che è parte integrante della documentazione sanitaria del potenziale donatore.

3. la procedura per la verifica della volontà. La normativa citata prevede che, dopo la diagnosi di morte e l'avvio dell'accertamento previsto dalla legge 29 dicembre 1993, n. 578 e dal DM 11/4/2008, i medici referenti per la verifica della volontà, procedano con la comunicazione della morte ai familiari e la successiva proposta di donazione.

Una prima raccomandazione è quella di separare, per il tempo ritenuto necessario, la comunicazione di morte dalla proposta di donazione. La separazione delle due fasi nel complesso processo della donazione-trapianto consente ai familiari di apprendere ed assorbire la notizia della morte, e al personale della rianimazione, o dei coordinamenti, di apprendere le in-

formazioni derivanti dall'interrogazione del SIT e comunicate dal CRT, in merito alla volontà di donazione di organi e tessuti espressa in vita dal soggetto deceduto.

La conoscenza di questi dati consente di poter gestire in maniera appropriata la comunicazione ai familiari in merito agli aspetti della donazione. In ogni caso, al termine del colloquio, è necessario far firmare ai familiari presenti il verbale attestante l'avvenuto espletamento nei loro confronti degli obblighi di informazione in merito all'accertamento di morte e alle possibilità di procedere alla donazione. A tale verbale deve essere allegato il modulo della opposizione o non opposizione dei familiari aventi diritto.

Detta firma sarà valida anche per il prelievo di tessuto corneale, in ragione dell'abrogazione dell'articolo 1 della legge 301/1993.

Nei casi in cui non vi siano familiari aventi diritto e non sia possibile acquisire la dichiarazione di opposizione o non opposizione, è sempre e comunque necessario che i referenti di cui ai punti 2.a. e 2.b. nonché eventuali altri professionisti coinvolti nel processo compilino il verbale di cui sopra, annotando le particolarità della situazione, le modalità con le quali si è provveduto ad accettare la volontà (compreensive delle modalità di ricerca dei familiari aventi diritto), nonché l'indicazione del parere espresso dal CRT, dalla *Second Opinion Nazionale* e dal CNT, ove richiesto. Detto parere deve essere allegato al verbale.

In tutti i casi nei quali si gestisce un rapporto con cittadini stranieri è opportuno avere la disponibilità di un mediatore linguistico. Nel caso di intervento del mediatore se ne da opportuna indicazione nel verbale.

4. Casi generali

a. Dichiarazione di volontà positiva alla donazione espressa in vita e verificata tramite SIT. In questo caso si può procedere al prelievo e i familiari aventi diritto (coniuge non separato o convivente more uxorio o, in mancanza, figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, genitori ovvero rappresentante legale) non possono presentare opposizione.

Si esclude il prelievo solo qualora sussista una dichiarazione debitamente datata e sottoscritta contraria alla donazione resa con data successiva a quella contenuta nel SIT.

Qualora emergano resistenze o problematiche con i familiari, si ricorre al parere del coordinamento regionale, *Second opinion nazionale* e CNT.

b. Dichiarazione di volontà negativa alla donazione verificata tramite SIT

In questo caso non si procede al prelievo. Si procede al prelievo soltanto se i familiari rinvengono e producono una dichiarazione di volontà sottoscritta dal defunto in data successiva a quella registrata nel SIT e da cui risulti volontà opposta a quest'ultima.

c. Altre dichiarazioni presenti non verificabili tramite SIT

Ciascun soggetto può manifestare la propria volontà in ordine alla donazione *post mortem* di organi e tessuti secondo le modalità indicate dall'articolo 16 del Decreto del Ministero della Salute del 19 novembre 2015. Tra queste rientra la facoltà del cittadino di esprimersi con una dichiarazione sottoscritta e datata resa in carta libera o su moduli appositamente predisposti da enti pubblici e dalle associazioni dei donatori. Detta dichiarazione, sebbene non registrata nel SIT, ai fini della validità, deve contenere: la volontà in ordine alla donazione degli organi e tessuti (positiva o negativa), le generalità (nome, cognome, data di nascita), la data di sottoscrizione e la firma.

I criteri sulla verifica della volontà esposti ai paragrafi 4a) e 4b) valgono anche per le dichiarazioni rese con le modalità indicate nel presente paragrafo.

d. Assenza di qualsiasi dichiarazione di volontà del donatore

Nel caso in cui il soggetto non abbia manifestato in vita alcuna volontà, si procede al prelievo se gli aventi diritto non presentano opposizione scritta, ai sensi dell'articolo 23, comma 2, della legge 1 aprile 1999, n. 91. In assenza di qualsiasi dichiarazione da parte del soggetto sottoposto ad accertamento di morte, il colloquio con i familiari assume un ruolo di fondamentale importanza perché diretto, interpellando i congiunti, a ricercare e a far emergere l'orientamento che il defunto avrebbe avuto in materia.

5. Casi particolari

Non sempre il processo di donazione si svolge nel modo standard. Vi sono casi particolari che sono spesso fonte di criticità per gli operatori coinvolti. Pur non essendo possibile una elencazione esaustiva di tutte le possibili situazioni particolari, l'esperienza della *Second Opinion* ha reso possibile la seguente classificazione

a. Donatore non identificato

In questi casi, in assenza della possibilità di verificare sul SIT l'espressione di volontà del deceduto, nonché della possibilità di procedere ad una adeguata

valutazione dei rischi mediante il reperimento di tutte le informazioni necessarie a valutare l'idoneità del donatore, non si può procedere al prelievo.

b. Donatore identificato, congiunti non reperibili/non contattabili

Il cittadino con familiari non reperibili o non contattabili rappresenta uno dei casi maggiormente ricorrenti. La ricerca dei familiari non è finalizzata solo alla donazione di organi, ma è necessaria anche per motivi amministrativi e ai fini della consegna della salma. Sarà quindi cura dei sanitari del reparto, già dal momento del ricovero del paziente, esperire tutti i tentativi (Polizia, Carabinieri, Consolato o Ambasciata, Comunità religiose, ecc.) per rintracciare i familiari. Detti tentativi continuano nel corso del periodo di osservazione fino al momento della dichiarazione di morte. Tutte le procedure di ricerca vengono annotate nel verbale di acquisita informazione. Si interroga il SIT per verificare la presenza di una espressione di volontà alla donazione nel caso in cui risulti che si tratti di cittadino residente in Italia e/o che sia iscritto al sistema sanitario nazionale.

Se alla fine dell'osservazione gli aventi diritto non sono stati raggiunti, si può procedere al prelievo verbalizzando, sul modulo di acquisita informazione, la oggettiva impossibilità di contattare la famiglia del donatore entro il tempo dato. In ogni caso si raccomanda di contattare il CRT, la *Second Opinion Nazionale*, il CNT.

c. Donatore identificato, congiunti aventi diritto contattati, ma non presenti

Si contattano telefonicamente i familiari aventi diritto e si informano dell'avvenuto decesso e della possibilità del prelievo di organi e della loro possibilità di opporsi entro le 6 ore dell'osservazione.

Si valuterà, collegialmente con CRT, *Second opinion* nazionale e CNT, la possibilità di attendere la loro presenza in rianimazione compatibilmente con i tempi di allocazione e con la situazione emodinamica del potenziale donatore.

In caso di non opposizione, **si può** ricorrere all'intervento di Carabinieri/ Polizia/Polizia Locale per ottenere la firma del verbale di informazione. Il modello sottoscritto dagli aventi diritto sarà anticipato via fax al reparto ed inviato in originale alla direzione sanitaria per l'archiviazione in cartella clinica. In caso di impossibilità si verbalizza quanto avvenuto.

In caso di opposizione è invece necessario fare apporre la firma dell'avente diritto sul verbale di opposizione e quindi bisognerà ricorrere all'intervento di Carabinieri/ Polizia/Polizia Locale. Il modello debitamente sottoscritto

dagli aventi diritto sarà anticipato via fax al reparto ed inviato in originale alla direzione sanitaria per l'archiviazione in cartella clinica. In casi dubbi, si raccomanda di contattare il CRT, la Second Opinion e il CNT

d. Congiunti presenti, ma non “aventi diritto” (art 23, comma 2, legge 1 aprile 1999, n. 91). In questo caso, si verificano le motivazioni dell'assenza del diritto, si informano i non aventi diritto della morte e della possibilità, qualora ne fossero a conoscenza, di produrre una eventuale dichiarazione di volontà resa in vita dal defunto, datata e sottoscritta. Tutti questi elementi devono essere riportati nel verbale di informazione ai non aventi diritto. Ove la dichiarazione di volontà fosse prodotta, si procedere in conformità a quanto in essa espresso. In assenza della dichiarazione negativa del de cuius e in assenza degli aventi diritto si procede al prelievo. Nei casi dubbi contattare il CRT, la Second opinion e il CNT.

e. Congiunti presenti, discordi tra loro. Sono ricompresi i seguenti casi:

- I. Nel caso del minorenne: se i genitori sono discordi non si può procedere al prelievo.
- II. In caso di discordanza tra congiunti di pari titolo, non si procede al prelievo.
- III. Nei casi particolarmente problematici contattare il CRT, la Second Opinion e il CNT.

f. Opposizione parziale

La famiglia non fa opposizione, ma chiede di non prelevare il cuore (o altro organo) del congiunto. La legge 1/4/1999, n. 91 non prevede questa possibilità; risulterebbe quindi difficile giustificare il mancato prelievo di un organo/tessuto idoneo nei verbali.

Va affrontata una comunicazione efficace con la famiglia per tentare di approfondire le motivazioni della richiesta ricordando le opportunità terapeutiche del trapianto per i pazienti in lista di attesa. In caso di rifiuto persistente, al fine di non perdere gli altri organi, si può accogliere la richiesta in accordo con il CRT, la Second Opinion Nazionale e con il CNT riportando il tutto nel verbale a firma degli aventi diritto.

DONAZIONE IN VITA

Il trapianto da donatore vivente è un'opzione terapeutica che presenta risultati migliori rispetto a quello da donatore deceduto.

La donazione in vita, al pari di quella dopo la morte, è strettamente regolamentata nel nostro Paese da leggi e protocolli che ne definiscono procedure operative, eventuali contro-indicazioni cliniche per il donatore e modalità di adesione.

Si possono donare in vita il **renе** (Legge 26 giugno 1967 n. 458) e una porzione del **fegato** (Legge 16 dicembre 1999 n. 483); in quest'ultimo caso si parla tecnicamente di "split". Dal 2012 è consentito il trapianto parziale tra persone viventi di polmone, pancreas e intestino (Legge 19 settembre 2012 n. 167); queste ultime tipologie di donazione non hanno ancora avuto luogo in Italia. La maggior parte dei centri autorizzati esegue il prelievo dell'organo con tecniche mini-invasive come la laparoscopia.

Le cellule staminali emopoietiche possono essere donate **soltanto in vita**.

In Italia le donazioni da vivente di rene e fegato sono frequenti; in media, si fanno più di 300 interventi l'anno. Quasi sempre tali donazioni avvengono tra consanguinei o persone affettivamente correlate.

Per il rene, nel caso di incompatibilità immunologica tra donatore e ricevente esiste uno specifico programma di trapianto, chiamato cross-over, che consente di incrociare tra loro coppie nella stessa condizione.

È possibile donare il rene in favore di uno sconosciuto: è la donazione "samaritana", che consente di salvare la vita di un paziente con il quale non sussiste alcun legame di tipo parentale o affettivo.

Ai fini della donazione da vivente, il potenziale donatore è sottoposto ad un'attenta valutazione per accertare il suo ottimale stato di salute psico-fisico, nonché la reale disponibilità di un consenso libero ed informato.

Perché si possa procedere con il trapianto è fondamentale che ci sia una **compatibilità tissutale** tra donatore e ricevente, che si verifica una volta su quattro in ambito familiare (fratelli/sorelle) e una su centomila (1:100.000) tra non consanguinei. Per questo i Registri Nazionali istituiti in numerosi Paesi sono collegati tra di loro, come un archivio globale delle caratteristiche genetiche dei potenziali donatori.

Il Registro Italiano Donatori di Midollo Osseo - IBMDR accetta iscrizioni di cittadini di età compresa tra 18 e 35 anni, con peso minimo di 50 kg e in buona salute. Gli aspiranti donatori sono sottoposti a un primo screening che consiste in un colloquio anamnestico con un medico; in assenza di controindicazioni cliniche, si procede ad un prelievo di sangue o di saliva necessario per la tipizzazione. Si resta iscritti al Registro IBMDR fino al raggiungimento del 55° anno di vita.

TUTELA DEL DONATORE VIVENTE

Il donatore vivente di un organo (reni e porzione di fegato) è sottoposto ad una serie di rigorosi accertamenti per verificare il suo ottimale stato di salute psico-fisico, in aggiunta alla valutazione della sua motivazione che dovrà essere consapevole, informata e libera. Il potenziale donatore non deve subire pressioni, coercizioni, sollecitazioni, incentivazioni economiche o di alcun altro tipo. **Una delle principali tutele prevede che una équipe di "parte terza" composta da sanitari non coinvolti nell'attività di trapianto stabilisca l'opportunità del trapianto e l'idoneità del donatore.** La normativa prevede che l'autorità giudiziaria vigili sul corretto svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente.

Al donatore devono essere fornite informazioni adeguate per poter elaborare una decisione consapevole non soltanto sul tipo, l'entità e la probabilità dei rischi, ma anche sulle possibili alternative per il ricevente. È garantita la facoltà per il donatore di ritirare il consenso fino all'ultimo istante prima dell'intervento chirurgico. Il donatore è assistito non solo dopo il prelievo ma durante il corso di tutta la sua vita, al pari del paziente ricevente.

Per i donatori in vita è prevista l'esenzione dalla partecipazione alle spese sanitarie (ticket) per gli esami connessi alla donazione, la giustificazione dell'assenza dal lavoro per l'esecuzione degli stessi, il ricovero e la convalescenza. Al pari del donatore di organi, anche il **donatore di cellule staminali emopoietiche** è sottoposto a una serie di analisi e a un'attenta anamnesi per valutare il suo stato di salute. Una volta confermata la sua idoneità, al donatore vengono illustrate le modalità di prelievo e il consenso informato che dovrà essere letto in ogni sua parte e sottoscritto.

Anche in questo caso, il donatore può ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento; tuttavia deve essere informato del fatto che la sua decisione potrebbe esporre a rischio di morte il ricevente sottoposto a regime di condizionamento (processo di preparazione del paziente al trapianto e mirato alla distruzione delle sue cellule midollari, attraverso la somministrazione di chemio e/o radioterapia). Le cellule staminali emopoietiche possono essere donate per un unico ricevente non consanguineo. L'identità del donatore deve essere protetta per garantirne l'anonymato nei confronti del paziente.

Lo stato di salute del volontario che ha donato le cellule staminali emopoietiche viene valutato attraverso regolari controlli, anche in assenza di particolari disturbi. I donatori di cellule staminali emopoietiche hanno diritto all'assenza retribuita dal lavoro.

DONAZIONE E TRAPIANTO DI RENE IN MODALITÀ “CROSS-OVER”

Per trapianto incrociato di rene da donatore vivente (noto come “cross-over”) si intende la procedura che viene attivata nel caso in cui ci sia incompatibilità tra il donatore e il ricevente, per la presenza di anticorpi anti HLA o anti-ABO, o per altri motivi, ed è quindi preclusa la procedura standard di trapianto da donatore vivente. In questo caso, e in presenza di almeno un'altra coppia in situazione analoga, i donatori e i riceventi delle due diverse coppie si “incrociano” se biologicamente compatibili tra loro. I donatori e i riceventi che scelgono di optare per la donazione da vivente in modalità cross over sono iscritti in un Registro unico nazionale curato dal Centro Nazionale Trapianti che contiene tutte le informazioni cliniche e immunologiche utili all’identificazione del match migliore tra donatore e ricevente e alla valutazione degli esiti di tali trapianti, nonché del follow-up dei donatori.

Una **commissione di parte terza** (indipendente dal donatore, dal ricevente e dalle rispettive équipe chirurgiche) ha il compito di verificare la libera donazione da parte del donatore e la consapevolezza del rischio a cui si espone. Il Protocollo prevede una commissione di parte terza a livello regionale e/o dell’azienda ospedaliera di riferimento e una a livello nazionale, i cui membri sono identificati dal Centro Nazionale Trapianti.

Nell’ambito delle attività della **South Alliance for Transplant**, organizzazione intergovernativa internazionale nel settore della donazione e trapianto di organi dei Paesi dell’area mediterranea, è stato concordato a settembre del 2017 un **protocollo comune tra Italia, Spagna e Portogallo** per la realizzazione di un programma pilota di donazione e trapianto di rene in modalità “cross-over” a livello internazionale.

Il protocollo prevede, previa raccolta di un consenso informato specifico, l’ inserimento di coppie italiane incompatibili in un programma internazionale, cui afferiscono anche coppie spagnole e portoghesi. Si procede alla valutazione delle coppie da riferire al programma. I prelievi e i rispettivi trapianti delle coppie compatibili selezionate da un software comune vengono effettuati nelle strutture del paese di origine di donatori e riceventi, facendo viaggiare esclusivamente gli organi. La **prima catena** internazionale di trapianto di rene in modalità cross-over è stata realizzata con successo il **19 luglio 2018** tra la **Spagna** e l'**Italia**; i centri coinvolti sono stati quelli di Barcellona e di Pisa.

LA DONAZIONE “SAMARITANA” DI RENE

La donazione altruistica o “samaritana” di organi è ammessa per il solo rene, e segue gli indirizzi espressi dal Comitato Nazionale di Bioetica del 23 aprile

2010 e dal Consiglio Superiore di Sanità del 4 maggio 2010, nel rispetto della legge n. 458/67 e del suo regolamento attuativo n. 116 del 16 aprile 2010.

La donazione samaritana rientra in un programma di carattere nazionale gestito dal Centro Nazionale Trapianti che riferisce annualmente al Consiglio Superiore di Sanità.

La procedura può avere luogo solo presso un centro trapianti già autorizzato al trapianto da donatore vivente.

Operativamente il programma viene gestito secondo il seguente iter procedurale:

- 1. Qualsiasi sia la struttura sanitaria che intercetta la proposta di donazione samaritana ne informa il CRT.**
2. Il CRT indirizza il donatore Samaritano ad uno dei centri di trapianto della Regione, sempre che il donatore non abbia già preso contatti con uno di essi.
3. Il CRT avverte il Centro Nazionale Trapianti della presenza di un potenziale donatore Samaritano.
4. Il processo di valutazione clinica e psicologica viene avviato e gestito dal centro trapianti presso cui si è rivolto o è stato indirizzato il donatore samaritano.
5. Il centro trapianti procede agli accertamenti clinici sul donatore.
6. Il centro trapianti attiva il percorso di valutazione psichiatrica/psicologica del samaritano.
7. La parte terza effettuerà una o più valutazioni secondo le modalità che riterrà più opportune con l'obiettivo di documentare l'effettiva assenza di elementi che potrebbero nuocere al risultato finale di tutto il processo.
8. Il centro trapianti trasmette la valutazione clinica e quella psichiatrica/psicologica effettuata al CRT e quest'ultimo al Centro Nazionale Trapianti, che la sottoporrà alla commissione di parte terza nazionale per la valutazione finale.
9. La commissione di parte terza nazionale potrà riservarsi di convocare il donatore samaritano per un'ulteriore valutazione.
10. Il Centro Nazionale Trapianti ritrasmette al CRT e quest'ultimo al centro che ha in carico il samaritano il parere definitivo sulla procedura avviata compresa la valutazione di parte terza nazionale.
11. Se il parere di fattibilità è positivo, il centro trapianti e i CRT coinvolti, seguiranno le procedure previste nel protocollo cross-over.
12. La sede di prelievo del rene messo a disposizione dal samaritano sarà concordata tra il centro trapianti del ricevente e quello a cui si è rivolto il donatore. Ove possibile, e sempre nella garanzia dell'anonimato, potrà

essere richiesto al donatore samaritano di recarsi per il prelievo presso il Centro Trapianti del ricevente.

13. Il centro trapianti che effettua il prelievo dell'organo samaritano e i trapianti, garantisce il follow-up del donatore e dei riceventi secondo quanto previsto nei trapianti da donatore vivente standard.

CRITERI GENERALI PER LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ DEL DONATORE

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 24/1/2018 ha approvato il "Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi" che contiene le raccomandazioni, che definiscono i criteri generali e le modalità con le quali deve essere gestito il percorso di valutazione di idoneità del potenziale donatore, e i documenti tecnici, redatti dagli esperti della Second Opinion Nazionale, dove vengono elencate e definite dettagliatamente le procedure da adottare per la valutazione di idoneità del potenziale donatore in relazione alla trasmissione di patologia infettiva, neoplastica o ematologica. La valutazione d'idoneità del donatore di organi è finalizzata a ridurre al minimo il rischio di trasmissione di malattie dal donatore al ricevente a seguito di trapianto. Le malattie trasmissibili con il trapianto da donatore a ricevente possono essere essenzialmente di due tipi: infettive e neoplastiche. A queste si aggiungono le patologie trasmissibili in caso di decesso per alcune intossicazioni acute. È necessario premettere che il "rischio zero" non può esistere nelle condizioni di urgenza in cui il processo di procurement e di trapianto si svolge e deve essere attuato.

Ne consegue che il processo di valutazione d'idoneità del donatore deve essere inteso come un percorso orientato a raccogliere, attraverso l'anamnesi, le indagini di laboratorio, l'esame clinico e l'osservazione al tavolo operatorio, il maggior numero possibile di informazioni tese non ad escludere, bensì ad accertare se esistano patologie trasmissibili, per le quali le evidenze scientifiche disponibili attestino che il rischio di trasmissione è non "possibile", né "presumibile", ma **attuale**.

Per le situazioni che si riscontrano nella pratica clinica non inquadrabili tra quelle previste dalle raccomandazioni, si sollecita la consultazione della commissione di *Second Opinion Nazionale* alla quale è demandato il compito di suggerire, in base all'esperienza dei componenti esperti e alla letteratura scientifica internazionale, la più appropriata modalità di gestione della situazione rappresentata.

Definita una condizione per la quale è possibile affermare che il donatore non presenta, sulla base delle informazioni disponibili, fattori idonei a trasmettere una patologia al ricevente (donatore idoneo a rischio standard), identificate altresì tutte le condizioni che, ove presenti, inducono a ritenere che le patologie eventualmente trasmesse comportano un rischio di insuccesso del trapianto e /o di mortalità del paziente talmente elevato da superare ampiamente il rischio connesso al mantenimento in lista di attesa del potenziale ricevente (donatore non idoneo), esiste, tuttavia un'area intermedia che racchiude un insieme di situazioni per le quali tale rischio non è completamente assente, ma non è nemmeno tale da indurre a escludere a priori la possibilità di utilizzo (del tutto o in parte) degli organi di quel donatore.

Si deve sottolineare che compete sempre e in ultima istanza al clinico che gestisce un determinato paziente in attesa di trapianto valutare quale sia il differenziale di rischio tra il permanere in lista d'attesa per un tempo non determinabile con sufficiente probabilità e quello di ricevere un organo potenzialmente in grado di trasmettere una determinata patologia. Pertanto il compito della struttura di coordinamento è di procurare al clinico il maggior numero d'informazioni utili a valutare il rischio di trasmissione di patologia, ma resta in capo al team che deve gestire il trapianto la decisione finale se utilizzare o no un determinato organo.

I rianimatori e i coordinatori locali devono segnalare al Coordinamento Regionale Trapianti ogni soggetto sottoposto ad accertamento di morte. Tutti gli operatori devono far riferimento al proprio coordinatore locale per i trapianti e questi al Coordinamento Regionale Trapianti per quanto attiene le procedure di segnalazione del potenziale donatore.

L'etiologia della lesione cerebrale deve sempre essere diagnosticata. Il donatore di organi viene sottoposto ad un accurato processo di valutazione che si basa sulla raccolta dell'anamnesi, dell'esame clinico, degli esami di laboratorio e di un'attenta valutazione del rischio al tavolo operatorio.

L'anamnesi deve indagare la possibile presenza di malattie infettive diffuse e di patologia neoplastica pregressa o in atto e deve essere raccolta utilizzando tutte le fonti d'informazione disponibili; riguarderà inoltre le abitudini sessuali, l'uso di sostanze stupefacenti, occupazione e attività ricreative, viaggi in aree endemiche per specifiche patologie, malattie preesistenti (autoimmuni, neoplastiche, ecc.). L'esame obiettivo esterno deve ricercare segni riferibili a malattie trasmissibili e deve porre attenzione su cicatrici cutanee, lesioni cutanee e, in particolare, sulle lesioni pigmentate, tatuaggi e piercing, ittero, esantemi, linfo-adeno-

megalie, segni evidenti di uso di stupefacenti. Si raccomanda la palpazione della tiroide, delle mammelle, dei testicoli, di stazioni linfonodali superficiali e l'esplorazione rettale, se il donatore ha superato l'età di 50 anni.

A tutti i soggetti sottoposti a valutazione d'idoneità alla donazione di organi a scopo di trapianto deve essere praticata valutazione biochimica, valutazione sierologica per HIV, HCV, HBV, HDV, TPHA, CMV, HSV 1 e 2, EBV, VZV, Toxoplasma; a indagini biomolecolari supplementari qualora anamnesi, esame obiettivo o esami di laboratorio facciano emergere dubbi.

Per i donatori la cui anamnesi sia positiva per viaggi e/o provenienza da paesi in cui siano endemici West Nile Virus, Zika virus, Tripanosoma Cruzi, Plasmodi malarici, Flaviridae (Dengue, Chikungunya, ecc.), HTLV1, in assenza di specifiche indicazioni del CNT, è obbligatorio contattare la *Second Opinion Nazionale*. Esami culturali devono essere effettuati su sangue, urine, escreato, o altro campione respiratorio, e tampone rettale e i risultati devono essere tempestivamente trasmessi al CRT. Da eseguire sempre ECG, ecocardiogramma con valutazione della FE e del SIV, Rx torace ed ecoaddome.

La valutazione del rischio durante l'intervento di prelievo deve essere effettuata dai componenti dell'equipe chirurgica.

Il giudizio definitivo d'idoneità e la definizione del profilo di rischio attribuito al donatore competono al Coordinamento Regionale Trapianti di riferimento della sede del donatore e devono essere condivisi dal CNT operativo. In tutti i casi nei quali la valutazione d'idoneità del donatore non è immediatamente e chiaramente definibile sulla base delle indicazioni fornite dalle Raccomandazioni e, in particolare, dai documenti tecnici, è fortemente raccomandato il ricorso ai consulenti indicati dal Centro Nazionale Trapianti (*"Second Opinion Nazionale"*). La Second Opinion Nazionale può essere richiesta esclusivamente dal CRT che ha in gestione il donatore e/o dal CNT operativo. La Second Opinion Nazionale è tenuta a inviare al CNT e al Coordinamento Regionale competente una dettagliata motivazione scritta della scelta effettuata. Tutte le informazioni, comprese quelle eventualmente acquisite dopo la definizione del profilo di rischio di un donatore, devono essere comunicate tempestivamente ai Coordinamenti regionali coinvolti nel processo di donazione.

DEFINIZIONE DELL'IDONEITÀ E DEL PROFILO DI RISCHIO DEL DONATORE

In base ai dati anamnestici, clinici, biochimici e strumentali raccolti, il potenziale donatore potrà essere classificato come:

A. Donatore idoneo a rischio standard (donatore per il quale dal processo di

valutazione non emergano fattori di rischio di trasmissione di malattia dal donatore al ricevente.

B. Donatore idoneo a rischio non standard

a. Donatore con profilo di rischio trascurabile per presenza di fattori di rischio di natura tale da non implicare alcuna restrizione nella selezione dei riceventi in quanto le malattie, se trasmesse, risultano facilmente trattabili e non implicano una diversa probabilità di sopravvivenza dell'organo o del paziente rispetto ai riceventi di organi da donatore a rischio standard.

b. Donatore con profilo di rischio accettabile per presenza di fattori di rischio di trasmissione di patologie tali da comportare determinate specifiche restrizioni o raccomandazioni, per cui l'utilizzo di questi organi è giustificato dal fatto che il rischio di morbosità e di mortalità connesso all'eventuale trasmissione dal donatore al ricevente di malattia, comunque efficacemente trattabile, sia sensibilmente inferiore rispetto al medesimo rischio conseguente alla permanenza in lista d'attesa del potenziale ricevente.

Rientrano nelle ipotesi a. e b. anche donatori con fattori di rischio di trasmissione di patologia grave, infettiva o neoplastica, che possono essere considerati a rischio accettabile solo per **riceventi in gravi condizioni cliniche**, o meglio in **condizioni di urgenza clinica relativa** (situazioni cliniche diverse, compresa quella di "imminente pericolo di vita"), che giustificano la possibilità di un beneficio per il ricevente, nonostante il maggior rischio di trasmissione di patologia. L'identificazione di donatori idonei "per riceventi in condizioni di urgenza clinica relativa" è di competenza esclusiva della Second Opinion Nazionale consultata dal CRT competente o dal CNT operativo.

In ogni caso si raccomanda la sottoscrizione da parte del ricevente di un consenso informato dettagliato e appropriato al caso.

Il Decreto del Min. Salute del 1/2/2018 modificando i criteri d'idoneità del donatore di organi, introduce la possibilità di consentire la donazione di organi da donatore positivo per HIV a favore di ricevente HIV positivo, che risponda a specifici criteri di eleggibilità.

C. Donatore non idoneo per presenza di fattori di rischio di trasmissione di patologia da donatore a ricevente la cui gravità supera il beneficio atteso dal trapianto o il rischio di mortalità conseguente alla permanenza in lista d'attesa del potenziale ricevente.

L'esclusione di un donatore per rischio inaccettabile **a causa di patologia neoplastica** può essere effettuata, senza consultare la *Second Opinion Nazionale*, a seguito di un documentato riscontro diagnostico in caso di 1) neoplasie maligne metastatizzate, 2) carcinoma in atto (a eccezione di ca. prostata, ca. vescica, ca. rene, ca. micropapillifero della tiroide – per i quali è necessario contattare la *Second Opinion*), 3) microcitoma polmonare, 4) melanoma in follow-up inferiore a 5 anni, 5) leucemia acuta in atto, 6) linfomi in atto, 7) mieloma multiplo in atto.

L'esclusione di un donatore per rischio inaccettabile **a causa di patologia infettiva** può essere effettuata, senza consultare la *Second Opinion*, a seguito di un evidente e documentato riscontro diagnostico in caso di 1) Rabbia in atto, 2) Malattia da prioni accertata.

Altresì non idoneo per rischio inaccettabile deve essere considerato il donatore affetto **da malattia ematologica** per policitemia vera, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, leucemia mieloide o linfatica cronica in atto o pregressa, anche se trattata.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- Legge 26 giugno 1967 n. 458
- Legge 29 dicembre 1993, n. 578
- Legge 1 aprile 1999 n. 91
- Legge 16 dicembre 1999 n. 483
- Decreto Min. Salute 11 aprile 2008
- Comitato Nazionale per la Bioetica – La donazione da vivo del rene a persone sconosciute (c.d. *Donazione samaritana*) - 23 aprile 2010
- Legge 19 settembre 2012 n. 167
- Decreto Min. Salute 19 novembre 2015
- Delibera Centro Nazionale Trapianti del 23/2/2017 “Raccomandazioni sulla verifica della espressione di volontà alla donazione di organi e tessuti”
- Protocollo tra Italia, Spagna e Portogallo - South Alliance for Transplant - settembre 2017
- Accordo della Conferenza Stato-Regioni - 24/1/2018 - “Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi”.
- Decreto Min. Salute 1/2/2018 “Criteri e modalità per la certificazione dell'idoneità degli organi prelevati al trapianto (art. 14, comma 5, legge 1 aprile 1999, n. 91”.
- Protocollo per la realizzazione del trapianto di rene da vivente in modalità crociata (cross-over) – Rete Nazionale Trapianti - rev. 5/4/2018
- L. Boselli, F. Conci, G.P. Giron, V. Gravame, P.G. Sironi, D. Testasecca, R. Trazzi, R. Verlato. “Attività spinale e morte cerebrale”. Minerva Anestesiol. 1993; 59: 61-62.
- E. Facco, P. Caputo, M. Casartelli, et al. “Auditory and somatosensory evoked potentials in brain-dead patients”. Rivista di Neurologia 1988; 58: 140-145.
- Munn J. “Brain stem death and organ donation”. Current Anaesthesia and Critical Care 1998; 9: 236-241.
- Plum F, Posner JB. “Stupor e coma”. Società Editrice Universo, Roma; 1989.
- The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. “Practice parameters for determining brain deaths in adults (summary statement)”. Neurology 1995; 45: 1012-1014.
- Wijdicks EF. “The diagnosis of brain death”. N Engl J Med 2001; 344: 1215-1221.

2.3 La certificazione di morte

D. Zamperini, M.S. Occhigrossi, V. Liviero

Gli obblighi del medico in caso di decesso possono essere molteplici ed assai complessi: la morte di una persona è evento grave ed importante, con ripercussioni familiari e sociali, per cui la legge impone una serie di obblighi, alcuni stabiliti da precise normative, altre derivate dal ruolo che l'ordinamento attuale attribuisce alla figura del medico.

Il medico è l'unica figura che può ratificare e ufficializzare la realtà di un decesso, salvo casi particolarissimi.

Qualora venga chiamato a constatare la morte di una persona, egli chiaramente non si deve basare sulla diagnosi riferita dai familiari o dall'impresario di pompe funebri, ma effettuare l'ispezione della salma per verificarne le condizioni in quanto, prima del suo verdetto, la morte è soltanto "presunta".

Stilare un certificato di morte senza visitare la salma, può far incorrere in diverse fattispecie di reato, dal falso all'omissione di atti d'ufficio.

Alcuni medici sono stati condannati penalmente per questi motivi.

Per quanto riguarda la procedura da seguire nel caso di un decesso, vanno distinti alcuni stadi successivi:

- 1) **Constatazione (o diagnosi) di morte:** significa "dichiarare la morte" ossia affermare che la persona alla quale si presta la propria opera è deceduta. Questa constatazione deve essere effettuata da qualunque medico si trovi in tale circostanza, indipendentemente dal ruolo professionale rivestito
Ogni medico, in presenza di un corpo inanimato, può (e deve, se richiesto)

dichiararne la morte (naturalmente dopo aver esaminato la salma) perché tale compito, pur non essendo codificato da norme specifiche, fa parte degli obblighi generici dell'attività medica.

La legge 578/93 (1) specifica che "La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo" e questa norma è inerente soprattutto all'ambito ospedaliero ed è dettagliata dal DM 22/08/94 (2).

2) Accertamento della realtà della morte: Va effettuato verificando i parametri vitali fondamentali: cardio-circolatorio, nervoso e respiratorio, secondo criteri codificati.

L'accertamento va effettuato dal medico ospedaliero a ciò delegato o, fuori dell'ospedale, dal medico necroscopo.

Le ASL hanno organizzato a questo scopo un servizio necroscopico.

La visita del medico necroscopo va effettuata non prima delle 15 ore dal decesso e non oltre la 30esima ora; la sepoltura deve avvenire dopo le 24 ore successive, salvo casi particolari.

La certificazione della realtà della morte costituisce atto pubblico, in quanto redatto da pubblico ufficiale.

3) Denuncia di morte: Comprende la denuncia delle cause di morte e viene effettuata, di regola, dal medico curante.

Il termine di "medico curante" non è specifico per il Medico di Famiglia convenzionato (M.M.G.) ma va inteso in senso generico, come sanitario che ha avuto in cura il paziente ed è, quindi, a conoscenza delle patologie che hanno causato il decesso (3).

Per un neoplastico, quindi, può essere l'oncologo curante, per il cardiopatico il cardiologo, e così via.

In caso di assenza del M.M.G. Titolare, il Medico Sostituto assume tutte le sue funzioni ed è pertanto autorizzato alla compilazione dei certificati, naturalmente in base alle informazioni in suo possesso.

Il medico deve denunciare la malattia che a suo giudizio è stata la causa del decesso (4).

La Denuncia di morte deve essere effettuata entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda ISTAT (5).

Il medico può stilare sia la constatazione di decesso che la denuncia anche se non è stato materialmente presente nel momento del decesso (3).

La scheda ISTAT (vedi allegato) deve contenere i dati anagrafici, l'ora non approssimativa della morte (non sono mai valide, in questo ambito, dizioni esprimenti incertezze o ambiguità come la frase "circa alle ore...").

Le cause di morte sono divise in iniziale, intermedia e finale). La causa intermedia, nei casi di particolare difficoltà, può essere omessa.

Le malattie riportate nelle certificazioni devono essere, per quanto possibile, rispondenti a quanto riportato nell'ICD 10 o altro elenco ufficiale vigente.

Vanno evitate definizioni non rispondenti a malattie vere e proprie.

La dizione "arresto cardiaco" va per quanto possibile evitata, in quanto non illustra in alcun modo la causa medica della morte.

I dati devono essere il più possibile esaurienti in quanto, in caso di incertezza sulle cause di morte, non potrà essere rilasciato il nulla osta alla sepoltura; ma dovrà essere implementata la verifica del necroscopo ed effettuato, ove necessario, il riscontro diagnostico o l'autopsia giudiziaria.

Quando il decesso avviene in Ospedale la scheda ISTAT viene, di norma, compilata dal Direttore Sanitario o da un suo delegato.

L'articolo 1 della legge 190 (6) impone l'obbligo, per i Medici Necroscopi, di trasmettere per via telematica all'INPS, entro 48 ore dalla morte, il certificato di accertamento del decesso.

L'autorizzazione alla cremazione, a seguito di richiesta scritta del defunto o di un suo familiare comporta che, sul certificato, venga riportata la dizione di "Trattasi di morte naturale e non delittuosa" anche se la cosa può derivare implicitamente già dalla diagnosi(7).

Queste procedure sono attivate anche nei casi di "decesso senza assistenza medica" (8).

Per "decesso senza assistenza" non si intende il "decesso avvenuto mentre il medico era assente" (9) bensì il fatto che il paziente non è stato assistito in precedenza per patologia che abbia presumibilmente cagionato la morte. Si intende cioè il decesso per cause sconosciute, per le quali il paziente non era seguito da un medico.

Si ribadisce che, come spesso taluni ritengono, il medico non deve essere presente ogni volta che si verifica un decesso.

I morti senza assistenza (cioè per causa sconosciuta, per cui il curante non è in grado di emettere una diagnosi) devono essere sottoposti a Riscontro Diagnostico (10)(4).

In conclusione: in caso di "morte senza assistenza" (intesa come già spiegato) il medico accertatore metterà il corpo a disposizione del necroscopo; se

si tratta di morte violenta o sospetta di reato, metterà il corpo a disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

Nel caso di trasferimento della salma occorre specificare che "La morte non è dovuta a malattie infettive o diffuse".

CONSIDERAZIONI PARTICOLARI PER I MEDICI TERRITORIALI

Il problema della certificazione di un decesso è poco sentito dai medici ospedalieri o comunque strutturati, in quanto godono dell'assistenza degli uffici amministrativi dell'Ente.

Alcuni problemi sono invece peculiari per i medici territoriali, che pongono frequentemente dei quesiti specifici:

Cosa deve fare il Medico se gli viene richiesto di constatare il decesso di una persona sconosciuta trovandosi occasionalmente a disposizione?

Il Medico è tenuto a prestare la sua opera per quel che è necessario: si visita il paziente e se si riscontrano segni vitali si provvede ai soccorsi di emergenza che è possibile attivare; qualora se ne constati il decesso, si dichiara per iscritto specificando il giorno l'ora.

Se un paziente decede in un giorno festivo e i parenti chiedono al medico di famiglia (non presente al decesso) il giorno successivo la compilazione del modulo ISTAT, può essere fatta anche senza essere stato presente all'evento? Il medico può compilare il modulo ISTAT anche se non ha presenziato al decesso, purchè sia convinto in scienza e coscienza che questo sia avvenuto per cause naturali.

I certificati di constatazione di morte e il successivo modulo ISTAT sono a pagamento?

No, si tratta di atti obbligatori per legge al pari, per esempio, delle denunce di malattia infettiva. Una Circolare dell'Agenzia delle Entrate, avente per argomento l'applicazione dell'IVA sui certificati di tipo medico-legale, ha poi confermato la gratuità del certificato di morte(11).

È possibile omettere l'ora del decesso non essendo stato presente al momento e avendo visitato il defunto solo in seguito?

Il certificato di constatazione del decesso deve sempre indicare, a norma di legge, il luogo, la data e l'ora in forma non equivoca e precisa.

Poichè è frequente (ed è previsto dalla normativa) che il medico possa non essere presente al momento del decesso, egli deve ricostruire l'orario del decesso in base alle sue conoscenze tanatologiche senza fare mai esplicito riferimento alle testimonianze di terzi, che non gli competono e non sono consentite dalla normativa.

Quando devo mettere la salma a disposizione del Necroscopo o dell'autorità Giudiziaria? Posso farlo ogni volta che non ho assistito al decesso?

Come già accennato, occorre evitare di confondere i due aspetti:

- Morte senza assistenza (per cause sconosciute) va inviato al Necroscopo per accertamento delle cause di morte ed eventuale riscontro diagnostico. Il necroscopo a sua volta potrà, se lo ritenesse necessario, interessare l'Autorità Giudiziaria
- Morte violenta o sospetta per segni che possano indicare un reato: va rimesso all'Autorità Giudiziaria per autopsia medico-legale.

Si tratta di una procedura complessa e codificata, della quale si occupa la Magistratura e che obbliga ad una serie di passaggi procedurali lunghi. Bisogna, pertanto, evitare di usare questa procedura in modo frettoloso o superficiale.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- 1) Legge 578 del 29/12/1993, Norme per l'accertamento e la certificazione di morte
- 2) Decreto Ministeriale del 22/08/1994, Regolamento per l'accertamento e la certificazione di morte
- 3) Circolare 24/06/1993 n° 24 del Ministero della Sanità
- 4) Regolamento Polizia Mortuaria Articolo 1/1; D.P.R. del 10/09/1990 n° 285
- 5) Regolamento Polizia Mortuaria Articolo 1/6
- 6) Decreto Legge 190 del 23/12/2014
- 7) Legge 130 del 30/03/2001
- 8) Regolamento Polizia Mortuaria Articolo 1/4
- 9) D.P.R. del 21/10/1975 n°803
- 10) Circolare 4/E/05 dell'Agenzia delle Entrate del 28/01/2005 "Prestazioni esenti"

CAPITOLO III

CERTIFICAZIONI E SPORT

R. Franceschetti, I. Pulcini, C. Patrizi

Nei paesi sviluppati si è avvertita la necessità di organizzare in maniera più efficiente una medicina rivolta all'uomo che pratica attività fisica a qualsiasi età con tutte le sue variabili di intensità.

In Italia, in questo settore, probabilmente siamo i migliori al mondo e negli anni si sono susseguiti vari strumenti legislativi per poter organizzare una efficiente ed omogenea struttura operativa della Medicina dello Sport e della Tutela Sanitaria delle Attività Sportive. Pertanto la necessità di consentire in sicurezza l'attività fisica, ha portato nelle varie situazioni, con le varie normative a predisporre diverse certificazioni di idoneità.

Scopo di questo capitolo è ricordarle.

La prima norma è quella che può essere considerata la pietra miliare della Medicina dello Sport: D.M.S. 18 /02/1982 "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica" (G.U. n. 63 del 5/03/1982); nel tempo ci sono state alcune integrazioni, Circolare n. 7 del ministero della sanità del 31/01/1983, D.M.S. 28/02/1983 "Integrazioni e rettifica al decreto ministeriale 18/02/1982, concernente norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica", D.M.S. Modifiche al decreto 04/04/2001, recante "Integrazione al D.M.18/02/1982, concernente norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica e del D.M. 13/03/1995, norme sulla tutela sanitaria degli sportivi professionisti" (G.U. n. 196 del 24/08/2005).

Comunque per quanto riguarda la certificazione è rimasta quella prevista nel decreto iniziale e cioè:

Regione Lazio ASL Indirizzo
Oppure se privato Ambulatorio o Studio “
Dr.
Codice regionale

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ AGONISTICA

Cognome Nome
Nata/o a: Il
Residente a
CF
Documento d'identità
ASL di residenza
Sport per cui è stata richiesta la visita
L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica effettuata e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in atto alla pratica agonistica dello sport

Il presente certificato ha validità di:
E scadrà il:

Data Il medico specialista in medicina dello sport
firma e timbro

Questo certificato può essere rilasciato solo dagli specialisti in Medicina dello Sport pubblici o privati autorizzati ai sensi della L.R. n. 24/97.

Inoltre se dopo la visita e gli accertamenti il medico decide per una "Non idoneità" alla pratica agonistica di un determinato sport, l'esito negativo, con l'indicazione della diagnosi posta alla base del giudizio, viene comunicato, entro 5 giorni, all'interessato con RR, alla Asl di residenza dell'atleta, al competente ufficio regionale. Alla società sportiva e alla federazione di appartenenza viene comunicato il solo esito negativo senza la diagnosi. Avverso il giudizio negativo l'interessato può, nel termine di 30 giorni, proporre ricorso dinanzi alla Commissione di Appello Regionale.

CERTIFICATO:

Regione Lazio ASL Indirizzo

Oppure se privato Ambulatorio o Studio “.....

Dr.

Codice regionale

Oggetto:

CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

(Art. 6 D.M. 18/02/ 1982)

Alla Sig./a

Via

CAP

Ass.to Salvaguardia e cura della Salute

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7

CAP 00145 Roma

Federazione Sportiva

Via

CAP

Società Sportiva

Via

CAP

Alla ASL di residenza dell'atleta

Via

CAP

Cognome..... Nome.....

Nato a II

Residenzae/odomicilio..... Via..... CAP

CF Documento d'identità

L'atleta di cui sopra viene dichiarato non idoneo all'attività agonistica
dello Sport

Per

Entro 30 giorni dalla ricezione del presente Certificato, a norma degli Art. 6
del D.M. 18/02/1982 e 11 della L.R. n. 24/97, l'atleta ha facoltà di proporre
ricorso alla Commissione Medica Regionale ricorsi per non idoneità all'attività
sportiva agonistica presso Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute
Regione Lazio, Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 -00145 ROMA.

Data rilascio il medico specialista in medicina dello sport

Firma e timbro

Va a questo punto ricordato che ognuna delle 20 Regioni ha legiferato sulla stessa materia con differenze, a seconda delle scelte, nel privilegiare la struttura pubblica o quella privata, o di metterle in equilibrio. Anche se alcune normative nazionali, come vedremo, precedono temporalmente della legge specifica attualmente vigente nel Lazio (che dovrebbe essere adeguata, l'Ordine dei Medici ha preparato i necessari correttivi) è utile parlarne ora per sottolineare alcune peculiarità e i relativi certificati. Il Lazio nonostante sia stata tra le prime regioni a legiferare in materia, esattamente con la Legge Regionale 10/04/ 1979, n. 28 "Interventi per la tutela sanitaria delle attività sportive", la stessa purtroppo, per motivi che ora è inutile ricordare, non è stata mai applicata interamente.

La Legge attualmente vigente viene emanata, e applicata, soltanto 15 anni dopo il D.M. 18/02/1982 sopraricordato. Voglio precisare che fino a quella data gli specialisti privati in Medicina dello Sport non potevano certificare, poiché ai sensi della normativa allora vigente la potestà certificativa era compito esclusivo dei medici specialisti pubblici.

Infatti con la Legge Regionale n. 9/07/1997, n.24 "Medicina dello Sport e tutela sanitaria delle attività sportive" gli specialisti in Medicina dello Sport privati vengono autorizzati a certificare, viene costituito un elenco e viene loro assegnato un codice regionale di riconoscimento. I certificati di idoneità agonistica e non idoneità sono gli stessi del D.M. 18/02/1982, viene però inserito per la prima volta il concetto di "Sospensiva".

Art.6 comma 4: *"Durante l'espletamento degli accertamenti di cui al comma 2 ed in attesa dei relativi referti, il giudizio di idoneità si intende sospeso. Le richieste di ulteriori accertamenti vanno annotate sul libretto sanitario sportivo di cui all'art.9, ove non vengano espletati gli accertamenti di cui al comma 2 e gli ulteriori accertamenti di cui al presente comma, va comunicata la Sospensione entro 60 giorni dalla visita all'azienda asl, alla società sportiva e alla federazione".* Va detto che con successiva circolare regionale il termine perentorio di 60 giorni, viste le difficoltà nell'effettuazione degli accertamenti richiesti, può essere discrezionalmente superato, per motivi clinici, dal medico certificatore.

CERTIFICATO:

Regione Lazio ASL Indirizzo
Oppure se privato Ambulatorio o Studio “.....
Dr.
Codice regionale

Oggetto:

NOTIFICA DI SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(art.6 comma 4 L.R. n. 24/97)

Atleta Alla Società Sportiva
Alla Federazione Sportiva Nazionale
Alla ASL di competenza territoriale dello
Ambulatorio o Studio

L'atleta: Cognome Nome
Nata/o a Il
Residente a Via Domiciliato in
CAP CF Documento d'identità
Viene dichiarato SOSPESO dall'attività sportiva agonistica dello
Sport
In attesa degli accertamenti richiesti a seguito della visita medica
effettuata il presso questa struttura di medicina dello sport

Data Il medico specialista in medicina dello sport
Firma e Timbro

Se gli accertamenti non vengono eseguiti e non riportati al medico, la sospensiva rimane. Nel caso in cui gli accertamenti vengono eseguiti e portano ad un giudizio negativo, viene effettuata la definitiva non idoneità. Se invece gli accertamenti fuggano ogni dubbio viene effettuata la notifica di idoneità:

Regione Lazio ASL Indirizzo

Oppure se privato Ambulatorio o Studio “.....

Dr.

Codice regionale

Oggetto:

NOTIFICA DI IDONEITA' ALLA ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

Alla Società Sportiva

Alla Federazione Sportiva Nazionale

Alla ASL di competenza territoriale dello

Ambulatorio o Studio

Facciamo seguito al provvedimento di SOSPENSIONE della attività sportiva agonistica emanato nei confronti dell'atleta:

nata/o a Il.....

Per comunicarvi che a seguito della presentazione degli accertamenti richiesti, il suddetto atleta è stato dichiarato idoneo alla pratica sportiva agonistica del:

Data

Il medico specialista in medicina dello sport

Firma e Timbro

TUTELA SANITARIA SPORTIVA NEI DIABETICI

Essendo il diabete uno stato morboso cronico, non poteva essere concessa alcuna idoneità sportiva. Poiché però insieme alla terapia farmacologica e alla dieta, l'attività motoria soprattutto di tipo aerobico, era ormai considerata parte fondamentale della terapia, è stato necessario prevedere disposizioni normative che permettessero a questi malati, da un punto di vista medico-legale, l'esecuzione di attività sportive organizzate all'interno dell'ordinamento sportivo. Infatti con la Legge 16/03/1987, n. 115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" si dà la possibilità al diabetico di poter effettuare attività sportive non agonistiche e persino agonistiche.

Infatti all'art.8 comma 1 "la malattia diabetica priva di complicanze non costituisce motivo di ostacolo per lo svolgimento di attività sportive non agonistiche" e al comma 2 "è possibile anche l'attività agonistica previa certificazione del diabetologo attestante lo stato di malattia metabolicamente compensata e la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico".

CERTIFICATO DEL DIABETOLOGO CURANTE

Il Sig./a Cognome Nome

Nata/oa..... Il

Residente a

Da me in cura per la malattia diabetica è attualmente in condizione di compenso metabolico, privo di complicanze e in condizione ottimale di autocontrollo e di terapia.

Data

Firma e timbro

Diabetologo curante o del Centro antidiabetico

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto atleta (ovvero il sottoscritto

(ovvero il sottoscritto esercitando la patria potestà sull'atleta) richiedente la certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica relativamente allo sport

Dichiara di assumersi l'impegno di seguire (ovvero: di far osservare al suddetto sportivo) le terapie ed i provvedimenti suggeriti dai medici curanti, al fine di mantenere le attuali condizioni di compenso metabolico della malattia diabetica di cui è (ovvero: di cui l'atleta è) portatore, assumendosi la responsabilità delle eventuali conseguenze derivanti dalla loro trasgressione.

Data

Firma

Intestazione del centro pubblico o
privato di Medicina dello Sport

CERTIFICATO DI IDONEITÀ AGONISTICA PER ATLETA DIABETICO

Cognome.....Nome.....

Nato/a a Il

Residenza e/o domicilio Via

Sport per cui è richiesta la visita di idoneità agonistica

L'atleta di cui sopra, sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti clinici, è risultato portatore di malattia diabetica attualmente in condizione di compenso e priva di complicanze.

Tenuto conto della disposizione emanata con il D.M. 18/02/1982 e acquisita, ai sensi dell'art.8 della Legge 16/03/1987 n. 115 la dichiarazione del medico curante Dr.

Specialista in

(Ovvero: del Dr.)

Responsabile del centro antidiabetico di() che certifica la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia del soggetto diabetico, l'atleta sulla base dell'allegata dichiarazione di impegno sottoscritta da lui stesso, (ovvero del SIG.) esercente la patria potestà sul nominato atleta di cui sopra), è fisicamente idoneo allo svolgimento dell'attività agonistica relativa allo sport

Il presente certificato ha validità di SEI mesi e scadrà il

Data

Firma e timbro
dello specialista in medicina dello sport

TUTELA SANITARIA DEGLI ATLETI DISABILI

Con la Legge 5/02/1992 m. 104 legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, così come per i diabetici, prevede all'articolo 23 comma 1 che *"l'attività e la pratica delle discipline sportive sono favorite senza limitazione alcuna e che il Ministro della Sanità, con proprio decreto da emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisca i protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate"*.

Il D.M. 4/03/1993 prevede infatti la "Determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate". Questa norma ricalca quella sopraricordata dei normodotati. I certificati previsti sono gli stessi, quello dell'idoneità agonistica da dare all'atleta e quello della non idoneità da inviare ai 5 indirizzi.

Regione Lazio ASL Indirizzo

Oppure se privato Ambulatorio o Studio “.....

Dr.

Codice regionale

Oggetto:

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA ATLETI DISABILI
(Art.5 D.M. 4/03/1993)

Cognome..... Nome.....

Nato a Il

Residenzae/odomicilio..... Via..... CAP

CF Documento d'identità

Sport per cui è richiesta la visita

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti, non presenta controindicazioni in atto alla pratica agonistica dello sport

Adattato ad atleti disabili.

Il presente certificato ha validità di: () un anno () sei mesi ().....
e scadrà il

Data rilascio certificato Il medico specialista in medicina dello sport

..... Timbro e firma

Regione Lazio ASL Indirizzo

Oppure Ambulatorio privato "

Dr.

Codice regionale

Oggetto:

**CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA ATLETI DISABILI
(Art.8 D.M. 4/03/1993)**

Alla Sig./a

Via.....CAP.....

Alla Regione Lazio Ass.to

Salvaguardia e cura della Salute

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7

00145 ROMA

Alla ASL di residenza dell'atleta

Via.....CAP.....

Alla Società sportiva

Via.....CAP.....

Alla Federazione Sportiva

Via.....CAP.....

Cognome.....Nome.....

Nato a Il

CF Documento d'identità

Sport per cui è richiesta la visita

L'atleta di cui sopra viene dichiarato non idoneo allo sport

Adattato ad atleti disabili per

Entro 30 giorni dalla ricezione del presente certificato, a norma degli artt. 8 del D.M. 4/03/1993 e 11 della L.R. n. 24/97, l'atleta ha la facoltà di proporre ricorso alla Commissione Medica Regionale ricorsi per non idoneità all'attività sportiva agonistica presso Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute Regione Lazio, Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 - 00145 ROMA

Data rilascio certificato

.....

Il medico specialista in medicina dello sport

Timbro e firma

CERTIFICAZIONI PER L'IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA, LUDICO-MOTORIA E DI ELEVATO IMPEGNO CARDIO-VASCOLARE

La certificazione di idoneità non agonistica nasce col Decreto 28/02/1983 del Ministro della Sanità, che viene superato dal cosiddetto Decreto Balduzzi del 24/04/2013 "Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita" attualmente vigente. Questo decreto ha dato il via ad una riflessione nazionale e politica, sulla sicurezza degli sportivi e gli strumenti più idonei per una promozione efficace dell'attività sportiva, in tutte le diverse forme con le quali essa viene comunemente praticata dalla popolazione.

Per la prima volta viene definita all'art.2 l'attività amatoriale:

"È definita amatoriale l'attività ludico-motoria, praticata da soggetti non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, individuale o collettiva, non occasionale, finalizzata al raggiungimento e al mantenimento del benessere psico fisico della persona, non regolamentata da organismi sportivi, ivi compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio, al di fuori di rapporti con organizzazioni o soggetti terzi".

Inoltre stabilisce già i casi che non necessitano di certificazione (coloro che effettuano l'attività ludico-motoria in forma autonoma e al di fuori di un contesto organizzato e autorizzato, chi svolge attività occasionale a scopo ricreativo in modo saltuario e non ripetitivo e i praticanti attività con ridotto impegno cardio-vascolare: bocce, biliardo, pesca sportiva, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica per anziani, gruppi di cammino, balli, giochi da tavolo ecc.).

L'attività ludico-motoria sopraricordata prevedeva l'obbligo della certificazione, poi il "Decreto del fare" (Legge del 9/08/2013, n.98) che ha convertito in Legge il D.L. n.69 del 21/06/2013, all'art.42 bis annulla l'obbligo.

Tuttavia le organizzazioni sportive laddove questa si pratichi, per proprie policy di sicurezza e/o per problemi assicurativi, possono richiederne la presentazione all'atto dell'iscrizione del soggetto. Trattasi comunque sempre di certificazione concedibile in regime di libera professione dal medico certificatore che in questo caso può essere qualsiasi medico iscritto all'Ordine. Per tale motivo viene suggerito il modello seguente:

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA

Sig.ra/Sig.

Nata/o a Il.....

Residente a

Documento di riconoscimento

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata e dei dati clinico-anamnestici in mio possesso non presenta segni clinici di malattie in atto o pregresse che le/gli impediscono lo svolgimento di attività ludico-motorie, compatibili con l'età, svolte sia singolarmente che in gruppo sotto le direttive di personale qualificato.

Luogo, data timbro e firma del medico certificatore.

Sempre nel Decreto Balduzzi viene definita "l'attività di particolare impegno cardio-vascolare ". Si riferisce ai non tesserati che svolgono attività ad elevato impegno cardio-vascolare patrociniate dagli enti sportivi (manifestazioni podistiche di lunghezza superiore a 20 Km, granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo, o tipologie analoghe). Controllo medico obbligatorio con misurazione della pressione arteriosa, un ECG basale, uno step test o un test ergometrico con monitoraggio dell'attività fisica e altri accertamenti che il medico riterrà opportuni nel singolo caso. Il certificato verrà rilasciato dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta rispetto ai propri assistiti, o dallo specialista in medicina dello sport. Il certificato da utilizzare è il seguente (allegato D del decreto).

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA
AD ELEVATO IMPEGNO CARDIO-VASCOLARE
(Art.4 D.M. 24/04/2013)

Sig.ra/Sig.
Nata/o a Il
Residente a

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto degli esami strumentali eseguiti

.....
Non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva di cui all'art.4 del D.M. 24/04/2013.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore.

Arriviamo ora alla attività sportiva non agonistica, di cui ogni anno si fanno circa 15 milioni di certificati!

All'art.3 vengono ricordati i destinatari di questo certificato:

- a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- b) coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati agonisti ai sensi del D. M. 18/02/1982;
- c) coloro che partecipano a giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

Pertanto non necessitano di alcuna certificazione le ore di educazione fisica curriculare.

Questi soggetti devono essere sottoposti a controllo medico annuale.

I medici certificatori sono il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta **solo rispetto ai propri assistiti**, il medico specialista in Medicina dello Sport e il medico socio aggregato della FMSI.

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA
DI TIPO NON AGONISTICO (D.M. 24/04/2013)**

Sig.ra/Sig.

Nata/o a Il.....

Residente a

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data

Non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore.

Tale modello di certificato è stato ribadito nel D.M.S. 8/08/2014.

Per quanto riguarda l'ECG a riposo in questo Decreto doveva essere ripetuto ogni anno.

L'art.42 bis del "Decreto del fare" sopraricordato toglie l'obbligo annuale di effettuare l'ECG a riposo e rimanda ai medici visitatori la decisione di farlo o no dopo la visita.

Infine, ed è attualmente vigente, il decreto 8/08/2014 "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" che così decide:

- a) Per ottenere il rilascio del certificato è necessaria l'anamnesi e l'esame obiettivo con misurazione della pressione e di un ECG a riposo effettuato almeno una volta nella vita.
- b) Per chi ha superato i 60 anni di età associati ad altri fattori di rischio cardio-vascolare, è necessario un ECG basale debitamente refertato annualmente.
- c) Anche per coloro che, a prescindere dall'età, hanno patologie croniche clamate che comportano un aumento del rischio cardio-vascolare è necessario un ECG basale debitamente refertato annualmente.
- d) Il medico può prescrivere altri esami che ritiene necessari o un consulto di uno specialista.

Per quanto riguarda la certificazione non agonistica negli sport per disabili, mentre per l'idoneità agonistica nulla è cambiato, in questi anni da una singola federazione dei disabili si sono formate diverse federazioni (non vedenti, sordomuti, disabilità intellettuale e relazionale etc.) e ognuna ha piccole variazioni negli accertamenti in relazione alla specifica disabilità, ma il modello base può essere utilizzato tranquillamente.

IDONEITÀ PSICO-FISICA PER VOLO DA DIPORTO O SPORTIVO
DPR 9 Luglio 2010, n.133 (G.U. del 19/08/ 2010-Supplemento Ordinario n.197)

L'attestato d'idoneità al pilotaggio VDS viene rilasciato dall'Aero Club d'Italia sulla base di una documentazione tecnica e di una certificazione medica di idoneità psico-fisica che ha validità per un massimo di due anni, ridotti ad un anno al compimento del quarantesimo anno di età per i piloti che svolgono l'attività di istruttore VDS.

Il medico ha comunque la facoltà di prescrivere una durata inferiore della certificazione medica nei casi previsti all'allegato I (art. 11, comma 8)

La visita è demandata.

- a) Agli Istituti medico-legali dell'Aeronautica Militare,
- b) Alle ASL
- c) Ai medici dell'Aeronautica Militare
- d) Ai medici specialisti in medicina aeronautica e spaziale
- e) Ai medici specialisti in medicina dello sport (art.13)

Accertamenti minimi necessari per l'idoneità al pilotaggio VDS.

- Visita cardiologica: alla visita iniziale, alle visite successive solo se indicato
- ECG alla visita iniziale; dopo i 50 anni durante ogni visita
- Emoglobina alla visita iniziale
- Analisi chimica delle urine: alla visita iniziale e a tutte le visite successive mediante stick test
- Esame del visus (non inferiore a 5/10 per ciascun occhio raggiungibili anche con l'uso di lenti correttive. Verificandosi quest'ultima ipotesi, il certificato dovrà farne menzione e l'uso delle lenti durante il volo s'intenderà obbligatorio). Da valutare ad ogni visita
- Valutazione campo visivo, in ogni visita
- Capacità di percepire i colori per trasparenza in ogni visita
- Capacità di percepire la voce ordinaria di conversazione da ciascun orecchio ad una distanza non inferiore a 2 metri, volgendo le spalle all'esaminatore in ogni visita
- Altri accertamenti specialistici e/o strumentali solo se indicati sulla base dell'anamnesi e della visita medica. Gli accertamenti specialistici e/o strumentali richiesti devono essere attestati da struttura appartenente al SSN o con esso convenzionato

Allegato I (art.11, comma 8): specifica i certificati necessari per avere l'attestato, definisce la durata del certificato e la facoltà del medico certificatore di indicare la durata, anche minore all'anno, comunicazione del nuovo attestato prima della

scadenza.

**CERTIFICATO MEDICO PER IDONEITÀ PSICO-FISICA
AL VOLO DA DIPORTO O SPORTIVO
(DPR 09/07/2010 n° 133)**

PARTE PRIMA (a cura dell'interessato)

Io sottoscritto

Nato a ||

Dichiaro di godere di buona salute, di non ricevere alcun trattamento medico e di non avere né sospettare alcuna delle condizioni fisiche elencate nell' allegato 1 del DPR 09/07/2010 n° 133 e di cui ho preso visione.

Data

Firmadell'interessato

PARTE SECONDA (a cura del Medico)

Si certifica che il Sig.

Nato a ||

Possiede i requisiti psicofisici previsti dal DPR 09/07/2010 n° 133 ed è pertanto IDONEO allo svolgimento dell'attività di volo da diporto o sportivo.

Eventuali prescrizioni:

Scadenza validità visita medica:

Obbligo di lenti: SI NO

Data

Timbro e firma del medico

Allegato 1: patologie dell'apparato cardiovascolari

CERTIFICAZIONI E DOPING

In Italia è attualmente vigente la Legge 14/12/2000:

"Costituisce Doping la somministrazione o l'assunzione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche ed idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti".

Questa legge definisce quali sostanze o metodi siano doping, i controllori, le sanzioni, i metodi e le procedure dei controlli.

Per capire quali siano i certificati di interesse medico bisogna ricordare gli organi e le strutture mondiali e nazionali di competenza.

WADA (World Anti-Doping Agency) istituita a Losanna nel febbraio 1999 dal CIO (Comitato Internazionale Olimpico), è un organismo indipendente, incaricato di promulgare un codice anti-doping e di proporre e aggiornare liste di sostanze e pratiche dopanti, che i vari governi nazionali sono tenuti a recepire. N.A.D.O. Organizzazione anti-doping nazionale, *"L'ente cui viene riconosciuta la massima responsabilità in materia di adozione e attuazione del regolamento antidoping, direzione dei prelievi dei campioni, gestione dei risultato dei test e conduzione dei dibattimenti, sempre a livello nazionale. Se le competenti autorità pubbliche non hanno provveduto alla designazione, l'ente responsabile sarà il Comitato Olimpico Nazionale"*.

Secondo la normativa WADA in Italia il CONI è la NADO.

Questa struttura. a) effettua i controlli ordinari, senza preavviso in e fuori competizione; b) stabilisce un elenco mirato di sportivi di livello internazionale e nazionale da sottomettere a controlli (RTP: registered testing pool); c) pianifica i controlli mirati (TDP).

Gli RTP sono gli atleti individuati dal CONI-NADO che vengono informati di essere inseriti in questo elenco dalle federazioni di appartenenza, (sono scelti tra gli atleti di alto livello o con precedenti per doping).

Le federazioni devono fornire l'elenco aggiornato tempestivamente dei propri atleti inseriti come RTP al CCA (comitato per i controlli antidoping). Questi atleti per il tramite delle federazioni devono fornire al CCA le informazioni per la reperibilità e per la localizzazione (Whereabouts) previste dalla WADA e dal CONI compilando il modulo F571-Whereabouts individuale.

Poi ci sono I DCO (Doping Control Officer), sono i medici iscritti alla FMSI, abilitati ad effettuare i controlli antidoping.

Infine va ricordata la CEFT che è la commissione medica centrale istituita dal CONI per l'attuazione delle procedure inerenti la concessione dell'esenzione a fini terapeutici, esamina il modulo di richiesta standard (modulo TUE,esenzione a fini terapeutici) e l'allegata documentazione, in conformità agli standard internazionali per l'esenzione a fini terapeutici e concede l'esenzione, emana istruzioni ed effettua comunicazioni ai destinatari della normativa antidoping ed alla WADA per il tramite CCA del CONI.

Quanto soparicordato è necessario per capire come deve essere effettuato il modulo TUE dove la certificazione medica è documento fondamentale. Tale procedura si riferisce agli atleti classificati come RTP.

Scrivere anche in inglese:

MOD. F49

NADO//ITALIA

Nome e Cognome dell'atleta

Domanda di Esenzione a Fini Terapeutici (TUE)

Therapeutic Use Exemption (TUE) Application

1. Informazioni dell'atleta

Cognome.....Nome.....

 Donna Uomo

Domicilio

Città.....Nazione.....CAP.....

Tel. con prefisso internazionale e.mail

Sport.....Disciplina/ruolo

Federazione Nazionale o internazionale di appartenenza

Partecipazione a competizioni di livello internazionale si no

Specificare le competizioni internazionali a cui si è partecipato o si parteciperà

Se l'atleta ha disabilità, si prega di specificare la categoria

2. Informazioni mediche

(se necessario utilizzare un foglio separato datato e sottoscritto)

scrivere anche in inglese

Diagnosi eziologica

Data della diagnosi

Descrizione dettagliata del quadro clinico (storia clinica, esame obiettivo, elenco accertamenti diagnostici e di laboratorio:
.....
.....Se la patologia può essere trattata con farmaci non proibiti, fornire motivazioni documentate per le quali si richiede l'uso di un farmaco contenente un principio attivo proibito
.....
.....

Note: documentazioni di supporto –informazioni per la valutazione

La domanda TUE deve essere corredata dalla documentazione medica a sostegno della diagnosi. La documentazione medica deve includere la storia clinica, i risultati di tutti gli accertamenti clinici e di laboratorio rilevanti, nonché l'eventuale diagnostica per immagini. Copia della documentazione originale deve essere allegata. Tale documentazione deve essere quanto più oggettiva possibile tenendo conto delle circostanze cliniche. In caso di condizioni non documentabili, la domanda di esenzione a fini terapeutici deve essere corredata da una certificazione medica esplicativa.

Sul sito della WADA sono disponibili linee guida per consentire ai medici la presentazione di una domanda di TUE completa e dettagliata: (www.wada-ama.org, "Medical Information"). Tali linee guida riassumono diagnosi e relativi trattamenti di patologie che comunemente affliggono gli atleti e che comportano l'utilizzo di sostanze proibite.

È possibile ricevere chiarimenti in merito a sostanze ovvero principi attivi proibiti dalla lista delle sostanze e metodi proibiti WADA in vigore, inviando una e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: ceft.antidoping@nadoitalia.it

3. Sostanza/e proibita/e prescritta/e.

Sostanza proibita dosaggio via di somministrazione frequenza durata terapia prescritta

(principio attivo)

1. Durata totale dal al
2. Durata totale dal al
3. Durata totale dal al
4. Durata totale dal al

TERAPIA

- Terapia di emergenza/non procrastinabile
- La terapia sarà iniziata dopo l'autorizzazione della richiesta di esenzione

4. Dichiarazione del medico curante

Il sottoscritto certifica che le informazioni di cui alle sezioni 2 e 3 sono accurate, e che i trattamenti sopramenzionati sono adeguati dal punto di vista medico:

Cognome e nome

Specializzazione medica

Indirizzo

Tel.

Fax

E-mail

Firma del medico

Data

5. Retroattività

Questa è una richiesta retroattiva?

Si No

- è stato necessario eseguire un trattamento di emergenza il trattamento di una condizione acuta dell'atleta.
- a causa di altre circostanze eccezionali non sussistevano le condizioni temporali o di applicabilità per avviare l'iter di richiesta dell'esenzione ai fini terapeutici.

Se si in che data è iniziato il trattamento?

- Non era prevista dai regolamenti la richiesta anticipata dall'esenzione ai fini terapeutici.
 - Correttezza-l'approvazione della WADA e/o della Federazione Internazionale e/o della NADO era necessaria.
- Specificare

6. Richieste Precedenti

È stata precedentemente trasmessa una richiesta di esenzione a fini terapeutici (TUE) a qualsiasi ADO?

Si No

Se sì per quali sostanze o metodi proibiti?

.....
.....

A chi? Quando?

Decisione: Approvata Non approvata

7. Partecipazione a competizioni agonistiche

Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà a competizioni agonistiche durante la terapia e/o dopo la sospensione della stessa

- durante la terapia ha partecipato in data
 dopo la fine della terapia parteciperà in data.....
 non ha partecipato/non parteciperà

oppure se ha partecipato o parteciperà a competizioni Internazionali

8.Dichiarazione dell'atleta

Io sottoscritto

- Confermo che le dichiarazioni contenute nelle sezioni 1, 5, 6 e 7 sono accurate
- Autorizzo al rilascio delle informazioni personali e mediche alle Organizzazioni antidoping di competenza e al personale della WADA e delle Organizzazioni Antidoping per lo svolgimento delle attività previste dal codice WADA e dall'International Standard for Therapeutic Use Exemptions (ISTUE). Queste persone sono soggette a un obbligo di riservatezza professionale o contrattuale;
- Acconsento che il mio medico rilasci alle sopracitate persone qualunque informazione che essi ritengono necessaria per la valutazione e la definizione della domanda di esenzione ;
- Sono consapevole del fatto che le informazioni verranno usate esclusi-

vamente per la valutazione della mia richiesta di esenzione a fini terapeutici (TUE) e nel contesto generale di una valutazione su potenziali infrazioni ai regolamenti e/o alle procedure;

- Sono inoltre, consapevole del fatto che se desidero:
 - 1) ottenere ulteriori informazioni circa il trattamento delle mie informazioni cliniche;
 - 2) esercitare tutti i diritti di cui potrei essere titolare, come il diritto di accesso, rettifica, restrizione, opposizione o cancellazione;
 - 3) revocare i diritti di accesso a queste organizzazioni sulle mie informazioni cliniche; dovrò informare per iscritto il mio medico curante e l'organizzazione antidoping di riferimento (ADO) della mia decisione
- sono consapevole del fatto che, ed acconsento a che, potrebbe essere necessario, per le informazioni correlate alle domande di Esenzioni ai Fini Terapeutici antecedenti alla mia richiesta di revoca dell'autorizzazione al trattamento dei dati, che queste possano essere conservate per indagini o procedimenti relativi a una possibile violazione della normativa antidoping, laddove ciò sia richiesto dal Codice degli Standard Internazionali o dalle leggi antidoping nazionali, o per instaurare, esercitare o difendersi da un'azione legale che coinvolge me, la WADA e/o una ADO;
- acconsento a che la decisione sull'ammissibilità o meno di questa domanda di esenzione a fini terapeutici sia resa disponibile a tutte le organizzazioni antidoping, incluse le Texting Authority e/o Result management Authority di competenza
- sono informato ed accetto che coloro che utilizzano le mie informazioni e decisioni su questa mia domanda di esenzione possono essere residenti in una Nazione diversa da quella nella quale risiedo. In alcune di queste nazioni, la legislazione sul trattamento e protezione dei dati può non essere equivalente a quella del Paese nel quale ho la residenza ;sono consapevole del fatto che le mie informazioni potrebbero essere archiviate su ADAMS che è ospitato dalla WADA su server con sede in Canada, e che saranno conservate per la durata indicata nello International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI);
- sono consapevole del fatto che, se i miei dati non fossero trattati in conformità con questo mio consenso e con lo International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, posso appellarmi alla WADA (privacy@wada-ama.org), o al regolatore nazionale responsabile

per la protezione dei dati del mio paese. Sono consapevole del fatto che i soggetti sopramenzionati possono basarsi ed essere soggetti alle leggi antidoping nazionali che prevalgono sul mio consenso o su altre leggi applicabili, che potrebbero richiedere la divulgazione di informazioni a tribunali locali, forze dell'ordine o altre autorità pubbliche. Posso ottenere maggiori informazioni sulle leggi antidoping dalla mia Federazione Internazionale o dall'Organizzazione nazionale antidoping

Firma dell'atleta Data

Firma del genitore/affidatario Data

La TUE non sarà effettiva fino a quando all'atleta non sarà notificata l'avvenuta revisione della documentazione.

Inviare la domanda completa, conservandone copia, a:

NADO Italia, CEFT

Viale dei Gladiatori, 2 – 00135 Roma

E-mail: ceft.antidoping@nadoitalia.it ; Pec: ceft.antidoping@cert.coni.it

FAX: +39 06 32723742

Insieme a questa domanda va allegata e inviata
la "Scheda per Medico curante/specialista" Mod. F51_Rev.4

NADO ITALIA Scheda per Medico curante /specialista

1. Dichiarante

Il sottoscritto Dott./Prof. Specializzazione

In qualità di medico curante che ha effettuato la prescrizione terapeutica con medicinali contenenti principi attivi inclusi nella lista delle sostanze e metodi proibiti WADA in vigore, per cui è stato richiesto il rilascio di esenzione da parte di CONI NADO (National antidoping Organization) e consapevole delle responsabilità correlate, dichiaro quanto segue:

2. Atleta

in data per l'atleta

Nato il È stata formulata/confermata (1) la seguente diagnosi

.....

3. Accertamenti

Per la diagnosi di tale patologia, (effettuata e confermata dal sottoscritto)

- non sono stati necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio
- sono stati necessari accertamenti strumentali e/o di laboratorio (copia allegata alla TUE)

4. Terapia

i seguenti principi attivi sono contenuti in medicinali registrati ed indicati nel trattamento della patologia di cui sopra

Principi attivi	Specialità medicinale	codice ATC	via di somministrazione	dose	posologia nelle 24h	durata terapia	inizio/fine
1.....
2.....
3.....

5. Principi attivi

i principi attivi prescritti non sono sostituibili con altri non proibiti

- perché non sono disponibili medicinali contenenti principi attivi non proibiti indicati nel trattamento della patologia sopra riportata (per il principio attivo n° 1, o 2, o3....) (2)
- per documentata pregressa inefficacia terapeutica di medicinali contenenti principi attivi non proibiti, come risulta dalla relazione/cartella clinica allegata (per il principio attivo n° 1, 2 o 3....) (2)
- per la gravità/caratteristica del quadro clinico (per il principio attivo n° 1, 2, o 3) (2)

6. Procrastinabilità/Non procrastinabilità/ Emergenza

La terapia che ho prescritto/ confermato

- è procrastinabile e sarà iniziata dopo aver ricevuto la notifica di autorizzazione da parte del CEFT (3)
- deve iniziare prima della notifica del CEFT In quanto non è procrastinabile per motivi medici
- è stata già effettuata perché in condizioni di emergenza

7. Inizio /Fine della terapia

A causa dell'emergenza/non procrastinabilità la terapia (con i principi attivi di cui alla tabella 4) è stata già iniziata/deve necessariamente iniziare prima della comunicazione dell'eventuale autorizzazione da parte del CEFT

Data inizio terapia “.....”

Data fine terapia “.....”

8. Sospensione dell'attività agonistica

Per la patologia in oggetto e per quanto ad essa correlato si ritiene:

- non necessario sospendere l'attività agonistica (con eventuale adeguato monitoraggio clinico e/o strumentale e/o di laboratorio)
- necessario periodo di sospensione della attività sportiva agonistica di almeno n° (giorni/settimane/mesi) ed in ogni caso in funzione dell'evoluzione del quadro clinico a partire dal giorno

9. Partecipazione a competizioni agonistiche

Specificare se l'atleta ha partecipato/parteciperà dopo/durante la somministrazione dei principi attivi di cui alla tabella 4:

- ha partecipato, indicare la/le data/e
- non ha partecipato
- parteciperà, indicare la/le data/e
- non parteciperà

N.B.: è possibile cotrassegnare più di una opzione (specificare data/e)

Data di compilazione

Timbro e firma leggibile per esteso

(1). Cancellare la dizione non appropriata

(2). Specificare per quale dei principi attivi prescritti (inserire il n° corrispondente della riga della tabella 4 "Terapia"

(3). Per motivi medici, l'inizio della terapia può essere ulteriormente differito, ma non oltre 3 (tre) giorni dalla data di autorizzazione. In caso di inizio differito della terapia è necessario comunicare al CEFT tale data e la motivazione del differimento (fax +39 0632723742)

Come già ricordato questa procedura si riferisce agli atleti di elite (classificati RTP, solo alcuni migliaia).

Per tutti gli altri soggetti ovvero per i controlli antidoping sanitari di cui alla legge 376/2000, è stato previsto d'intesa con il Ministero della Salute il ricorso alla "Dichiarazione di uso terapeutico di sostanze vietate o metodi proibiti". Questa dichiarazione deve essere prodotta dall'atleta interessato alla Commissione del CONI-NADO entro sette giorni lavorativi dalla relativa sessione di prelievo (controllo antidoping).

CONI-NADO F83_0 Dichiarazione di Uso Terapeutico
DICHIARAZIONE DI USO TERAPEUTICO
(DUT)

ATLETA

Il sottoscritto atleta (Nome Cognome) Nazionalità

Data di nascita Sesso maschio femmina

Indirizzo.....

Tel. e-mail

Preso atto dell'informativa resa dal CONI ex art. 13 Dlgs 196/2003, rilascio il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nel presente modulo

Firma atleta Firma del genitore

Esercente potestà genitoriale in caso di minore

CONTROLLO ANTIDOPING

Disposto da:

- Comm. Ministeriale ex legge 376/2000
 - CONI-NADO o Altro

In data a b

In occasione di

TERAPIA

- Glucocorticoidi per via non sistemica
- Salbutamolo (max 1600 ug nell'arco di 24h) e Salmeterolo per via inalatoria
- Preparazioni con derivati piastrinici per via non intramuscolo

Sostanza dose

Via di somministrazione data inizio

Durata o unica somministrazione

Sostanza dose

Via di somministrazione data inizio

Durata o unica somministrazione

DIAGNOSI

Accertamenti di laboratorio e/o strumentali attestanti la diagnosi:

Dichiarazione del medico:

Il sottoscritto, dott.

Specialista in

Indirizzo

Telefono e-mail

Consapevole delle responsabilità correlate, dichiara:

- Che, per la patologia in oggetto o per la gravità/presentazione del quadro clinico, i principi attivi prescritti non sono sostituibili con altri principi non proibiti
- Che pregressi interventi terapeutici effettuati con sostanze non proibite sono risultati inefficaci

Timbro e firma

La presente dichiarazione deve essere presentata per raccomandata a/r all'ufficio di Procura Antidoping del CONI (Stadio Olimpico, Curva Sud, Gate 23, II piano, 00194 Roma):

1. per gli atleti non soggetti a TUE la dichiarazione di uso terapeutico relativa all'utilizzo di sostanze vietate e metodi proibiti di cui alla lista WADA deve essere trasmessa entro sette giorni dalla sessione del prelievo. La DUT è soggetta a revisione ed accettazione da parte dell'organismo stesso (il mancato riconoscimento della reale necessità medica al trattamento indicato comporta l'attivazione di un procedimento disciplinare);
2. per gli atleti soggetti a TUE la dichiarazione di uso, ai sensi dalla Lista WADA, deve essere presentata per l'utilizzo di glucocorticoidi per via non sistemica, di salbutamolo e salmeterolo per via inalatoria e di preparazioni con derivati piastrinici per via non intramuscolo. Per qualsiasi altra via di somministrazione deve essere presentata una richiesta TUE.

Raccomandazioni:

- L'uso di farmaci appartenenti alla Lista delle Sostanze Proibite e dei Metodi Vietati è consentito, solo ed esclusivamente nel rispetto di quanto indicato dalla normativa antidoping della WADA e dall'articolo 1, comma 4, della Legge 376/2000.
- L'atleta deve dichiarare sempre l'uso di tutte le sostanze assunte nel verbale di controllo antidoping.

Comunque la lista delle sostanze proibite, tutti questi modelli e certificati, con le relative raccomandazioni per la compilazione sono consultabili ai seguenti indirizzi:

www.wada-ama.org

www.coni.it

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- Antoniotti F., Di Luca N.M.: Medicina Legale e delle Assicurazioni nello Sport. Seu, Roma 1966.
- D.M. 18/02/1982 "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica". Circolare Ministero Sanità 31/01/1983 n.7- D.M. 18/02/1982- Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica.
- D.M: 28/02/1983 Integrazione e rettifica al D.M. 18/02/1982, concernente norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica.
- Venerando A., Lubich T., Dal Monte A., et al: Medicina dello Sport. Seu, Roma 1985.
- Legge 16 marzo 1987 n.115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito ; l'art.8 prevede l'abilitazione del diabetico all'attività sportiva.
- D.M.S. 4 marzo 1993 "Determinazione dei protocolli per la concessione Dell'idoneità alla pratica sportiva alle persone handicappate" Legge Regione Lazio 09/07/1997, n. 24 "Medicina dello Sport e tutela Sanitaria delle attività sportive".
- Legge 14 dicembre 2000, n.376 "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il Doping".
- Regione Lazio-Assessorato alla Sanità- Dipartimento Servizio Sanitario Regionale. "La Tutela Sanitaria delle Attività Sportive. Normativa Nazionale e Regionale, 2001.
- Franceschetti R.: La certificazione di idoneità nello sport agonistico e non agonistico. Corso di aggiornamento "Medicina dello Sport". Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. Roma 14/10/2006.
- Rubenni M.G.: Normativa Antidoping. Notiziario Settore Tecnico FIGC n°6, 15, 2006.
- DPR 9 luglio 2010, n.133 "Nuovo regolamento di attuazione della Legge 25 marzo 1985, n.106, concernente la disciplina del volo da diporto o sportivo".
- Decreto M.S. 24 Aprile 2013 " Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salva vita".
- Legge 9 Agosto 2013 n.98 (Decreto del fare) Articolo 42-bis (ulteriore soppressione di certificazione sanitaria).
- Decreto Legge 31 Agosto 2013, n.101 "Disposizioni urgenti per il perseguitamento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni". Art.4 comma 10-septies. Convertito in Legge 30 Ottobre 2013 n.125. (possibilità di certificare l'idoneità non agonistica anche per i medici, soci aggregati, della FMSI del CONI).

- Decreto M.S. 8 Agosto 2014 “Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l’attività sportiva non agonistica”.
- Nota esplicativa del decreto del Ministero della Salute in data 8 agosto 2014 recante “Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l’attività sportiva non agonistica in data 17 giugno 2015.
- Raccomandazioni del Ministero della Salute n. 0001269-13/01/2021-DGPRA-MDS-P, aventi il seguente oggetto: “Idoneità all’attività sportiva agonistica in atleti non professionisti Covid-19 positivi guariti e in atleti con sintomi suggestivi per Covid-19 in assenza di diagnosi da SARS-CoV-2”.
- Modulistica e normativa completa in tema di antidoping: www.wada-ama.org www.coni.it

CAPITOLO IV

CERTIFICAZIONI PSICHIATRICHE: INTERDIZIONE – CAPACITÀ DI TESTARE – AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO – TSO

4.1 Interdizione, capacità di testare, amministrazione di sostegno

S. Ferracuti, G. Mandarelli, L.T. Marsella, G. Petroni

L'attività professionale medica si caratterizza sempre di più per l'esigenza di rispondere, oltre che a problematiche di tipo clinico e trattamentale, ad esigenze di tipo certificativo e documentale, in relazione alla condizione clinica ed alla capacità del paziente. Tali esigenze nascono, oltre che dalle frequenti richieste dei pazienti, ad esempio a fini del riconoscimento di benefici assistenziali o previdenziali, anche da obblighi di tipo giuridico, quali quelli previsti dall'art. 406 c.c. Le implicazioni medico legali della certificazione richiedono perciò la conoscenza dei presupposti giuridici ad essa sottesi, nonché la capacità di trasporre sinteticamente una condizione di tipo clinico all'interno di una specifica categoria di natura non necessariamente clinica.

Molte delle difficoltà che si è soliti incontrare nel redigere questo tipo di certificazioni trovano origine in una problematica di linguaggio e dal fatto che, in particolare, la nozione in sé assai generica di "capacità di intendere e di volere", che è eminentemente giuridica, fa riferimento a presupposti decisamente differenti a seconda della fattispecie legale a cui si fa riferimento. Lo stesso paziente, a titolo esemplificativo affetto da un disturbo bipolare, potrebbe essere giudicato incapace di intendere e di volere in relazione alla commissione di un reato, ma al contempo capace di disporre un testamento, o di fornire dissenso informato a un trattamento medico.

Le certificazioni mediche inerenti lo stato di capacità, o meno, di un paziente non costituiscono valutazioni peritali o consulenze di tipo medico legale e dovrebbero opportunamente fare riferimento innanzitutto a parametri di tipo clinico quali la coscienza, il pensiero, l'umore, dovendo ritenersi peraltro

imprescindibile un inquadramento diagnostico, compresa la possibilità di assenza di condizioni patologiche.

Dovrebbe essere altresì chiaro ed esplicito il contesto al quale si fa riferimento, ovverosia la fattispecie rilevante sul piano giuridico rispetto alla quale si certifica lo stato di capacità/incapacità, non esistendo alcuna possibilità di trasferimento automatico del giudizio in relazione a contesti differenti. In altre parole, una certificazione generica di "capacità di intendere e di volere" rischia di essere, oltre che inefficace, contestabile, laddove non siano chiari i seguenti elementi:

- a) chi ha richiesto la certificazione e per quale motivo (ad es. richiesta del paziente ai fini della valutazione della capacità a disporre una compravendita);
- b) gli elementi anamnestici e clinici utilizzati (compresa la data di effettuazione della valutazione);
- c) la metodologia utilizzata per giungere ad una conclusione.

In ambito civilistico, è opportuno fare riferimento, anziché al concetto giuridico di capacità di agire a quello clinico e di stretta pertinenza medica, di capacità di decidere (*decision-making capacity*). Quest'ultimo concetto, che è sotteso dal funzionamento psicologico e neuropsicologico e può essere inficiato da fattori psicopatologici, disfunzione cognitiva e fattori situazionali, trova stretto legame con quello giuridico di capacità di agire.

Giuridicamente, ai fini di un inquadramento generale è opportuno considerare:

Capacità giuridica – art.1 c.c. Viene definita come 'idoneità di un soggetto ad essere titolare di diritti e di obblighi giuridici. Viene acquisita con la nascita, non è in alcun modo revocabile (art. 22 Cost.) e si perde con la morte della persona (*actio personalis moritur cum persona*). Diversamente, la **Capacità di agire – art 2 c.c.** indica l'idoneità del soggetto a porre validamente in essere atti giuridici mediante i quali acquistare o cedere diritti o assumere doveri. Essa corrisponde tendenzialmente al concetto di capacità naturale, ossia alla capacità di intendere e di volere definita sul piano civilistico. Sono negozi giuridici, ad esempio, il matrimonio, il testamento, i contratti. La capacità di agire si acquisisce con la maggiore età e può essere revocata o limitata in sede giurisdizionale. In quali casi suddetta facoltà può essere revocata o limitata? **L'incapacità** può essere **legale**, ovverosia il soggetto non può validamente disporre della sua sfera giuridica e patrimoniale per la minore età oppure per disposizione dell'autorità giudiziaria a tutela degli stessi soggetti e del patrimonio, interdetti e inabilitati, oppure quale effetto di pene accessorie per fini sanzionatori. L'incapacità **naturale**

rale, invece, si riferisce al soggetto che, sebbene non interdetto, si provi essere stato, per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace d'intendere o volere al momento del compimento di un atto.

Il Legislatore, consapevole delle frequenti cause patologiche che possono inficiare, anche temporaneamente e parzialmente, la capacità di provvedere ai propri interessi delle persone, ha da tempo previsto una serie di misure di surroga decisionale finalizzate a tutelare i soggetti stessi. Il più recente e utilizzato degli strumenti giuridici è quello della nomina di un amministratore di sostegno. Questa figura è andata a sostituire quasi completamente quelle del tutore, derivante da una pronuncia di interdizione, e quella del curatore, derivante da una pronuncia di inabilitazione. Queste ultime due sono state infatti progressivamente considerate spesso non adeguate a coniugare il principio di tutela del soggetto vulnerabile che necessiti di un decisore sostitutivo in relazione a determinati atti giuridicamente rilevanti, con quello di tutela della libertà personale. L'inabilitazione e l'interdizione costituiscono, infatti, delle misure molto ampie in termini di sostituzione decisionale e tendenzialmente impattano nella sfera individuale in modo invasivo. La maggior parte delle persone con ridotta autonomia decisionale o di capacità di provvedere ai propri interessi, anche se affette da disabilità rilevanti, tendono infatti a mantenere degli spazi di libertà che si ritiene debbano essere preservati anche sul piano della sfera giuridica. Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno determina, in ogni caso specifico, le attività rispetto alle quali le decisioni saranno prese dall'amministratore di sostegno, preservando l'autonomia decisionale su tutte le altre. Nella maggior parte dei casi viene distinta la ordinaria amministrazione, dalla straordinaria e in diversi casi vi può essere anche l'onere per l'amministratore di esprimere consenso informato alle cure al posto del paziente.

FORME GIURIDICHE DI LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI AGIRE

L'interdizione è un Istituto giuridico, disciplinato dall'articolo 414 c.c., che attualmente riveste un ruolo marginale e praticamente limitato a pochi casi di pressoché completa compromissione delle facoltà cognitive e volitive, come accade ad esempio nel casi di disturbi neurocognitivi maggiori di elevata gravità o in alcune gravi forme di psicosi tanto più se accompagnate da significativo e deterioramento del funzionamento cognitivo. Il codice prevede nel caso dell'interdizione la presenza di una abituale infermità, tale da rendere il soggetto incapace di provvedere ai propri interessi, in modo pressoché tota-

le. A seguito della pronuncia di interdizione tutti gli atti compiuti dall'interdetto sono annullabili anche nel caso in cui non gli abbiano arrecato alcun pregiudizio. Pertanto la persona interdetta non può compiere validamente alcun atto giuridico, né di ordinaria, né di straordinaria amministrazione, dovendo provvedere il tutore. Vi sono però alcuni atti di natura strettamente personale, come il testamento, o il matrimonio, che non possono essere compiuti neppure dal tutore.

L'inabilitazione rappresenta un'ulteriore misura di protezione prevista dal codice civile (art. 415) prevista dal legislatore per la tutela di quelle persone maggiorenne ed "inferme di mente" il cui stato "non è talmente grave da far luogo all'interdizione". Ad oggi è divenuta una misura marginale e sostanzialmente sostituita nella pratica dalla più flessibile, e rapida nel caso della nomina provvisoria, amministrazione di sostegno. È interessante notare come il codice abbia previsto un ruolo che pare quasi specifico in relazione all'inabilitazione, per quelle persone che "per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici". Vi sono, inoltre, delle previsioni quali "il sordo e il cieco dalla nascita [...] se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente" che ad oggi appaiono fortunatamente anacronistiche considerando che tali disabilità ricevono adeguata cura e assistenza, riducendone l'impatto in termini di autonomia, sia in ambito scolastico che assistenziale. È una misura civilistica che esclude parzialmente il soggetto dalla capacità di agire, il che presuppone un'infermità meno grave rispetto all'interdizione, ma sempre tale da esporre il soggetto o la sua famiglia a pesanti pregiudizi economici. Al soggetto inabilitato è consentito di compiere autonomamente atti unicamente di ordinaria amministrazione, ovvero funzionali alla conservazione dell'integrità del patrimonio ma che non ne modificano il valore capitale. Per gli atti di straordinaria amministrazione, l'inabilitato dovrà essere assistito da un **curatore**. La posizione giuridica dell'inabilitato è sovrapponibile a quella del minore emancipato.

Amministratore di Sostegno: è una figura introdotta dal legislatore con la legge del 9 Gennaio 2004 per garantire i soggetti affetti da disabilità fisiche o psichiche che si trovino nell'impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi per cui se ne riconosce il diritto ad essere coadiuvati da un amministratore nominato dal Giudice; quest'ultimo, sulla base delle concrete esigenze di ausilio, disporrà per gli atti o categorie di atti per cui si ravvisa necessità del sostegno. Con tale norma il legislatore ha radicalmente rivisto la materia delle limitazioni relative alla capacità di agire delle persone e, in luogo alla già privilegiata tutela del patrimonio, della famiglia e

dei creditori del soggetto affetto da disabilità, ha voluto tutelare le persone prive, del tutto o in parte, della loro autonomia, nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, garantendone la minore limitazione possibile della capacità di agire. Esempi degli aventi diritto, possono essere disabili, alcolisti, tossicodipendenti, soggetti con lesioni cerebrali, etc. La richiesta può essere presentata dallo stesso soggetto beneficiario, anche se minore, interdetto o inabilitato (art 406 c.c.), dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado e dai responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura ed assistenza della persona. È una procedura amministrativamente molto più snella rispetto alle precedenti. L'amministratore di sostegno non sostituisce il beneficiario ma lo affianca per il tempo stabilito dal Giudice che specificherà anche gli atti che l'amministratore può compiere in nome e per conto del beneficiario e quelli che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore. Gli atti non esclusi devono ritenersi validamente compiuti; pertanto il beneficiario integra una categoria di *incapacità relativa*. L'amministratore di sostegno è una misura che viene "ritagliata" su misura alla persona e per comprendere quali atti siano preclusi o consentiti alla persona è necessario prendere visione del provvedimento del magistrato. Si noti che l'Amministratore di sostegno può avere anche le funzioni di persona che esprime il consenso informato per il beneficiario, misura che a volte viene adottata per persone che non hanno consapevolezza di malattia e richiedono cure che non ricadono nelle previsioni stabilite dal Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Come prima anticipato, l'**incapacità naturale**, si riferisce, invece, ai casi al di fuori della minore età e dei sopracitati istituti di interdizione ed inabilitazione, rifacendosi ad una incapacità, anche transitoria e dovuta a qualsiasi causa (come per l'anziano, il malato grave, l'ubriaco etc), di *intendere* e *volere*. La mancanza di capacità di agire si riflette sulla rilevanza dell'eventuale negozio giuridico compiuto dall'incapace, rendendolo annullabile. L'articolo 428 c.c. dispone, infatti, che gli atti compiuti in stato d'incapacità naturale possano essere annullati.

Cosa s'intende per **Capacità d'intendere e volere?** Normativamente, ci si riferisce alla capacità sussistente al momento del fatto e rilevante in ordine allo stesso, che si manifesta quale idoneità a rendersi conto della realtà e del valore delle proprie azioni - capacità di *intendere* - e quale attitudine ad auto-determinarsi sulla base di dati presupposti percettivi, esercitando il controllo su stimoli e reazioni - capacità di *volere*. L'incapacità naturale deve essere,

in ambito civilistico, tale da pregiudicare una corretta valutazione dell'atto posto in essere ai fini della sua impugnabilità da uno o più aventi diritto. In ambito civilistico la capacità di intendere o di volere va considerata come la capacità di provvedere adeguatamente ai propri interessi e non è assolutamente sovrapponibile al tipo di parere che sottostà la capacità di intendere o di volere ai fini dell'imputabilità in ambito penalistico.

IL CERTIFICATO MEDICO SULLA CAPACITÀ D'INTENDERE E VOLERE

Il medico riceve spesso richieste di certificazione sulle condizioni mentali di un soggetto quando si debba valutare la sua capacità di intendere e volere per sottoscrivere determinati atti a contenuto giuridico quali un trasferimento di proprietà, una donazione, una procura o il testamento. La legge non riserva a particolari categorie, come medici psichiatri o medici legali, questo tipo di certificazione, anche perché la valutazione della capacità d' intendere e volere, ai fini civilistici, non è legata a precise diagnosi di tipo eziopatogenetico quanto più si concentra sull'aspetto "funzionale" di stati organici *strictu sensu* o psichici. Tuttavia non può non evidenziarsi la particolare propensione di alcune specializzazioni, come ad esempio psichiatria, medicina legale, neurologia e geriatria, a questo tipo di indagine.

Il medico deve in questa circostanza attestare le condizioni cliniche e psichiche del soggetto, valutando, ad esempio, un eventuale deterioramento cognitivo dovuto a causa organica (demenza, patologie neurodegenerative etc) o condizioni psichiche tali da alterare significativamente sia la capacità di critica e giudizio, sia la capacità volitiva.

Per far ciò il medico deve necessariamente ricorrere ad un'accurata visita che si compone nei casi meno complessi almeno di:

- un'anamnesi accurata: tesa ad indagare la presenza di pregresse patologie, psichiatriche o organiche, potenzialmente in grado di alterare le capacità psichiche e cognitive del paziente. In questi casi può essere utilissimo "conoscere il paziente", poiché l'aver visitato già in passato il paziente ed avere una esatta conoscenza della sua storia clinica personale, permette di avere un'idea ancor più precisa delle sue condizioni e di vagliare la veridicità delle informazioni raccolte.
- un esame obiettivo neurologico: al fine di ricercare la presenza di segni potenzialmente indicativi di compromissioni neurologiche con particolare attenzione all'obiettività del sistema nervoso centrale.
- uno status psicologico: teso a verificare la condizione psichica del soggetto

con lo studio delle varie componenti della psiche (orientamento spazio-temporale, umore, pensiero, capacità di giudizio e cognitività integrata) mediante un adeguato e approfondito colloquio psicologico ed eventualmente integrando l'indagine con misure obiettive (ad es. MMSE).

Un'indagine che si limiti solo agli accertamenti su elencati può essere adeguata e sufficiente solo nei casi meno complessi, ma appare insufficiente in tutte quelle situazioni caratterizzate da patologie organiche significative o condizioni psichiatriche note. In questi casi al fine di non redigere un certificato colpevolmente approssimativo è sicuramente, deontologicamente e professionalmente, corretto e prudente avvalersi di specialisti, rimandando la redazione del certificato dopo l'esecuzione di opportuni approfondimenti psicologici, neuropsicologici clinici o anche strumentali (TC, RMN ed EEG). Spesso sono condizioni di particolare complessità le fasi iniziali della demenza, dove può esservi una compromissione della memoria procedurale ma una piena conservazione della memoria autobiografica ed episodica, o una condizione di disturbo bipolare che comprenda oscillazioni del tono dell'umore per le quali vi possono essere fasi con compromissione del pensiero e fasi eutimiche dove la persona è perfettamente capace. È evidente che la condizione del medico che conosce il proprio paziente da anni ha una particolare importanza quando si stilano questo tipo di certificazioni. Proprio il rapporto medico-paziente, a volte dipanatosi nel corso di decenni, costituisce un presupposto rilevante al fine di esprimere un parere relativo alla capacità o meno della persona di effettuare atti che possono essere adeguati ai propri interessi.

È necessario riportare dettagliatamente nel certificato la sintomatologia, l'obiettività, i disturbi comportamentali ed eventuali altre alterazioni della sfera comportamentale e/o psichica. Fondamentalmente si tratta di esaminare le funzioni percettivo-memorizzative, organizzative, previsionali e decisionali del soggetto, valutando se esse risultano "libere" da patologia inficiante facendo riferimento a: Attività delle vita quotidiana, ai rapporti affettivi e sociali, alle capacità di adattamento ed alla competenza nel prendere le decisioni.

Risulta anche di fondamentale importanza specificare la data in cui la visita è stata effettuata, scrivere con una scrittura comprensibile e senza cancellature o segni che possano suggerire un eventuale manomissione della certificazione. Si dichiarerà in ultimo, che per quanto alla sua capacità civile, il soggetto è/ non è consapevole di ciò che sta facendo ed intende/non intende realmente farlo nel pieno delle sue capacità. Quando il medico rileva

che l'assistito è incapace di intendere e volere può rilasciare ai soggetti legittimati un certificato attestante la patologia invalidante e anche, a propria tutela, specificante l'uso per cui il certificato è richiesto (ad esempio per un procedimento di interdizione o inabilitazione o per la domanda di nomina di un amministratore di sostegno ai sensi della legge n. 6\2004 o per valutare la capacità di fare testamento di un soggetto). Va rilevato tuttavia, che non è il medico, ma il Giudice, a valutare la possibile l'incapacità di intendere e volere di un soggetto, pur avvalendosi dei pareri medici presenti, di cui spesso il certificato medico è un elemento determinante. Il certificato medico è dunque solo uno strumento istruttorio, un mezzo di prova (artt. 418-419c.c.) di cui il Giudice si può avvalere per dichiarare l'incapacità di intendere e volere, non un atto che produce direttamente effetti giuridici della riconosciuta incapacità (art. 421c.c.). I contenuti e la data del certificato medico attestante una incapacità, hanno anche importanza in quanto il certificato può essere valutato dal Giudice come mezzo di prova per stabilire a posteriori la data certa dell'inizio di malattia causante l'incapacità di intendere e volere e quindi, ad esempio, per riconoscere al momento del compimento dei fatti la validità degli atti a contenuto giuridico-economico commessi dal soggetto in esame o la responsabilità del soggetto per le sue azioni o omissioni.

CAPACITÀ A TESTARE

Il **testamento**, negozio giuridico unilaterale (è perfezionato con dichiarazione del solo testatore), revocabile, *mortis causa* (i suoi effetti presuppongono la morte di una persona), è atto tipico della vecchiaia; i casi di incapacità a testare testualmente definiti dal codice (Art. 591 c.c.) sono: Minore età, interdizione per infermità di mente e provata incapacità naturale. La legge riconosce a ogni cittadino maggiorenne e non interdetto la capacità di disporre per testamento, salvo a provare che nello specifico momento in cui veniva redatto era, per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace di intendere e di volere, sul presupposto che il testamento è atto concettualmente semplice, per la cui redazione è sufficiente che il soggetto rammenti e distingua i beni di proprietà ed i destinatari. Per l'annullabilità di un testamento per incapacità naturale del testatore, ai sensi dell'Art. 591 n. 3 c.c., non basta una qualsiasi anomalia o alterazione delle facoltà psichiche ed intellettive ma è necessario che a cagione d'una infermità transitoria o permanente, o di altra causa perturbatrice, il soggetto sia privo in modo assoluto, nel momento della redazione del testamento, della coscienza dei propri atti oppure della capacità di autodeterminarsi.

Se ne deduce che non sono sufficienti l'età avanzata, la ricorrenza di una condizione di deterioramento mentale, o di vere e proprie malattie mentali nella vecchiaia, a provare uno stato di incapacità di intendere e di volere. Non basta una qualsiasi limitazione della capacità, un suo affievolimento ma deve dimostrarsi una totale incapacità. Per totale incapacità, ovviamente, non si intende soltanto una condizione di compromissione della coscienza, ma una situazione dove vi sia una sostanziale e documentata condizione di malattia tale da far sì che la persona non abbia una adeguata cognizione dell'atto. Perciò, per esempio, nell'indicare la presenza di una compromissione cognitiva va specificato il livello di gravità della stessa e possibilmente andrebbe indicato quali funzioni mentali sono compromesse e quali no e in che misura.

Per quanto riguarda l'elemento temporale, l'incapacità deve sussistere al momento della redazione del testamento e, di norma, l'onere della prova spetta al ricorrente che intenda farne accettare l'invalidità. Si ha invece una inversione dell'onere della prova, nel senso che grava su colui che ha l'interesse a dimostrare che il soggetto ha agito in una fase di lucido intervallo, solo quando *"si tratti di malattia che influisca sulla psiche permanentemente ed abitualmente in modo che non siano ipotizzabili periodi di lucido intervallo"*.

Può capitare che l'anziano, per iniziativa propria o di probabili eredi, specie in situazioni di conflitti familiari attuali o prevedibili si sottoponga preliminarmente a visite mediche o psichiatriche e richieda la relativa certificazione. Tali accertamenti non hanno ovviamente valenza decisiva in quanto, la condizione di sanità mentale al momento della visita medica non può costituire presunzione di capacità al momento della redazione del testamento; si tratta tuttavia di documentazione che si appalesa di indubbia utilità ove l'accertamento sia stato completo, corretto ed eseguito in tutta vicinanza cronologica rispetto all'atto. In questi casi è certamente opportuno procedere ad una certificazione medica scrupolosa, indicante i vari aspetti mentali esplorati e, nel caso può essere opportuno far eseguire una valutazione neuropsicologica tale da descrivere compiutamente il funzionamento mentale della persona.

4.2 Trattamento Sanitario Obbligatorio

R.M. Scalise

Con il termine Trattamento Sanitario Obbligatorio si intendono una serie di interventi sanitari che possono essere applicati in caso di motivata necessità ed urgenza, e qualora sussista il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza. Il TSO è disposto con provvedimento del Sindaco, in qualità di massima autorità sanitaria del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente, dietro proposta motivata di due medici (di cui almeno uno appartenente alla Asl di competenza territoriale).

TSO: COME FUNZIONA IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Il TSO nasce dall'abrogazione della legge n.36 del 1904 e sostituita dalla legge 180 cosiddetta anche "legge Basaglia". Quest'ultimo fu il promotore di tale legge che sancì la definitiva chiusura dei manicomì.

Tale legge con tutti i suoi articoli, furono inclusi nella riforma sanitaria della legge n.833 (art. 33-35).

Il **TSO** è disposto con provvedimento del **Sindaco**, in qualità di massima autorità sanitaria del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente, dietro proposta motivata di due medici (di cui almeno uno appartenente alla Asl di competenza territoriale).

L'ordinanza di **TSO** può essere emanata solo se sussistono contemporaneamente tre condizioni:

- Necessità e urgenza non differibile
- L'intervento dei sanitari viene rifiutato dal soggetto
- Non è possibile adottare tempestive misure extra-ospedaliere.

Il trasporto del paziente in struttura ospedaliera, nei **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc)**, deve essere operato dal servizio di emergenza extra-ospedaliero in collaborazione con l'organo di polizia locale del comune di riferimento.

La procedura termina con la **convalida del provvedimento** del sindaco da parte del **giudice tutelare** di competenza che, attraverso il messo comunale, riceverà gli atti entro 48 ore dalla loro emanazione.

Qualora delle tre condizioni viste in precedenza ne sussistano solo le prime due, e quindi il trattamento sanitario possa essere adoperato al di fuori del contesto ospedaliero (ad esempio a domicilio con attivazione di visite domiciliari), il sindaco può optare per il **TSO extra-ospedaliero**, il cui scopo è quello di incidere meno negativamente sulla vita del paziente.

TSO E DIGNITÀ PERSONALE

Il **TSO** deve essere considerato come un'eventualità del tutto eccezionale, attivabile solo dopo che tutti i tentativi di ottenere un consenso del paziente siano falliti e di **durata limitata nel tempo (massimo sette giorni rinnovabili)**, qualora sussistano ancora le condizioni, su richiesta di uno psichiatra).

Il TSO, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, deve svolgersi nel rispetto della dignità della persona e può essere trasformato, in qualunque momento, in ricovero volontario su richiesta del paziente.

Art. 32 della Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Il TSO in degenza ospedaliera viene considerata dalla legge la **forma massima della limitazione della libertà personale** e per questo il ruolo giocato dalla prevenzione, dall'educazione sanitaria e dai servizi territoriali risulta essere di fondamentale importanza.

IL TSO NEI PAZIENTI MINORI

Particolare attenzione merita il **TSO nei pazienti in età evolutiva** che, anche se non citato in alcun modo dalla legge 833/78, rappresenta un'evenienza di non sempre facile interpretazione.

Nei minorenni la capacità di esprimere un **consenso** valido è considerata im-

perfetta e incompleta e la competenza formale all'espressione del consenso è in capo agli esercenti la potestà genitoriale, il cui consenso è sufficiente a fare ritenere "volontario" il ricovero del minore.

Nonostante ciò il consenso, non essendo un atto contrattuale bensì un atto giuridico unilaterale, fa sì che anche l'infraad diciottenne, o minore "maturo", che detiene la capacità naturale di intendere e volere, debba essere interpellato attraverso la richiesta di un suo assenso/dissenso al trattamento da parte dei sanitari.

Nuove procedure per TSO (determina regionale del Lazio n. G06331 del 18/05/2018 entrata in vigore il 01.10.2018).

Cosa cambia (rispetto alla delibera del 1998):

- 1) Ciascun CSM gestirà soltanto le urgenze del proprio territorio e provvederà a programmare attività di prevenzione e gestione individualizzata a favore di ciascun paziente psichiatrico.
- 2) La Centrale Operativa dell'Ares non contatterà più il Csm di competenza, per le urgenze/emergenze psichiatriche.
- 3) L'ARES ed i DSM, gestiranno in maniera autonoma le richieste di intervento che perverranno loro. Il DSM si avvarrà della collaborazione dell'ARES per il trasporto dei pazienti sia in TSO che per i ricoveri volontari.
- 4) Non è più possibile utilizzare la formula "Proposta di TSO" per il trasporto in P.S o per l'erogazione di trattamenti sanitari qualora il pz è dissennziente.
- 5) Qualora sussista un pericolo grave ed attuale per la salute delle persone si dovrà mettere in atto un intervento immediato e non differibile e si ricorre allo "stato di necessità".
- 6) Per le azioni relative ai TSO ed al trasporto dei pazienti al PS, l'ARES ed il DSM, si avvarranno della collaborazione delle FFOO (Polizia di Stato, Carabinieri e Vigili del Fuoco).

Con questa determina, la regione Lazio, ha voluto stabilire la corretta distinzione tra "URGENZE" ed "EMERGENZE", nonché le reciproche responsabilità di intervento di Ares 118 e Dipartimenti di Salute Mentale.

Per "Urgenza Psichiatrica" si intendono situazioni di disagio/disturbo psichico che necessitano di un intervento differibile di alcuni giorni. Si fa riferimento a situazioni di disequilibrio sia personali (del paziente), che psicosociali. L'intervento è volto a dare risposte, ma anche a prevenire la crisi. All' urgenza risponde il personale del DSM con le proprie modalità operative. Non tutte le urgenze prevedono un ricovero o un TSO.

Per **“Emergenza Sanitaria nei disturbi del comportamento”** si intende una condizione di grave ed acuta sofferenza somato-psichica che richiede un’immediata valutazione clinica non differibile, di pertinenza medica e di eziologia differente (disturbi psichici, intossicazioni da sostanze stupefacenti, stati confusionali di natura neurologica, infettiva, internistica ed altro) la condizione deve essere che sussista un grave pericolo ed attuale per la salute delle persone. L’obiettivo di tale intervento è risolvere in tempi più veloci possibili la situazione di pericolo e fornire un’adeguata valutazione e trattamento. La competenza è del personale sanitario dell’ ARES e dei DEA/PS. Qualora si presenti una manifestazione clinica o comportamenti che evidenzino un pericolo attuale ed immediato per l’incolumità del soggetto o di terzi: in questo caso si può ricorrere allo stato di necessità ed è possibile ricorrere all’intervento ispettivo/coattivo delle forze dell’ordine. La procedura del TSO non è applicabile all’emergenza.

Ruolo dell’ARES : assicura il trasporto del paziente psichiatrico con gravi disturbi del comportamento, presso il DEA del presidio ospedaliero più vicino al luogo dell’intervento e dotato di SPDC, dove è possibile una consulenza psichiatrica. Se lo psichiatra ritiene opportuno ricoverare il paziente lo farà presso l’SPDC dove si è svolta la consulenza ed ha 48 ore di tempo per trasferirlo nel SPDC di competenza territoriale.

Ruolo del DSM: il TSO. Tutti i CCSSMM devono svolgere un’efficace attività territoriale per prevenire le crisi e quindi, ridurre le urgenze e le ospedalizzazioni, al fine di ridurre i costi e migliorare i rapporti con l’utenza ed i familiari. Devono inoltre attivare percorsi psicoeducativi finalizzati alla riduzione delle crisi. Possono attivare l’ARES per quelle condizioni di emergenza non risolvibili altrimenti.

Il TSO è realizzabile, solo con ordinanza del Sindaco , è indifferibile e necessita di tempi veloci, per il quale si può ricorrere allo stato di necessità.

I DSM si avvalgono dell’ARES per i TSO programmati ed eseguiti con ordinanza del Sindaco, presso l’SPDC di competenza territoriale, in collaborazione con la Polizia Locale.

CAPITOLO V

PORTO D'ARMI E RELATIVE CERTIFICAZIONI

F. Ciprani, A.G. Serio

Un breve excursus storico della normativa più recente è opportuno per inquadrare gli accertamenti sanitari necessari per l'idoneità al porto d'armi.

In particolare si richiamano:

- La Legge n.89 del 6.03.1987: *"Norme per l'accertamento medico dell'idoneità al porto d'armi e per l'utilizzazione di mezzi di segnalazione luminosi per il soccorso alpino."*
- Il Decreto del Ministero della Sanità del 4.12.1991: *"Determinazione dei requisiti psico-fisici per il rilascio del porto d'armi."*
- Il Decreto del Ministero della Sanità del 14.04.1994: *"Requisiti psico-fisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso caccia e al porto d'armi per difesa personale."*
- Il Decreto del Ministero della Sanità del 28.04.1998: *"Requisiti psico-fisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso caccia e al porto d'armi per difesa personale."*
- Il Decreto legislativo n.104 del 10.08.2018: *"Attuazione della direttiva (UE) 2017/853 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 maggio 2017, che modifica la direttiva 91/477/CEE del Consiglio, relativa al controllo dell'acquisizione e della detenzione di armi."*

Il possesso di un'arma trova vincoli legislativi, oltre che nelle normative precedentemente elencate, anche in alcuni articoli presenti nel codice penale e nel T.U.L.P.S. (Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza). Al fine di tutelare la vita, l'integrità psicofisica e l'ordine pubblico, nel corso degli ultimi

anni si sono succedute diverse modifiche legislative che hanno portato ad una inevitabile disomogeneità delle norme stesse, che sono state oggetto di commento sia in dottrina che in giurisprudenza.

Il Decreto Ministeriale datato 28 aprile 1998 del Ministero della Sanità concernente i *Requisiti psico-fisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso caccia e al porto d'armi per difesa personale* prevede: **all'art.1** i requisiti psicofisici necessari per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al **porto di fucile per l'uso caccia e per l'esercizio dello sport del tiro al volo; all'art. 2** i requisiti psicofisici per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di d'armi per **uso difesa personale**.

L'**articolo 3** del medesimo decreto annovera le strutture sanitarie abilitate all'accertamento di tali requisiti, vale a dire *dagli uffici medico-legali dei distretti sanitari delle unità sanitarie locali o dalle strutture sanitarie militari e della Polizia di Stato*.

Il richiedente la certificazione, sia per il rilascio sia per il rinnovo, si rivolgerà al medico curante (art.25 L. 833 del 1978) che redigerà un **certificato anamnestico** compilato secondo il modello di cui all'allegato 1 del decreto. (Allegato 1)

Il richiedente, munito del certificato anamnestico di data non antecedente a tre mesi, si presenterà presso le strutture sanitarie abilitate, le quali rilasceranno il certificato di idoneità (Allegato 2).

L'eventuale giudizio di non idoneità deve essere comunicato all'autorità di pubblica sicurezza competente per territorio di residenza anagrafica dell'interessato.

L'**articolo 4** prevede che avverso *il giudizio di non idoneità* si può presentare ricorso, *nel termine di 30 giorni ad un collegio costituito presso l'USL competente, composto da almeno un medico legale ed integrato di volta in volta da specialisti nelle patologie inerenti il caso specifico*.

IL CERTIFICATO ANAMNESTICO

Il **certificato anamnestico**, rilasciato dal medico di medicina generale, (modello Allegato 1) costituisce una dichiarazione preliminare ed obbligatoria; qualificato come atto pubblico dotato di fede privilegiata fino a querela di falso, poiché il sanitario non si limita a ratificare quanto dichiarato del richiedente, ma può effettuare, a sua discrezione, gli accertamenti diagnostici ritenuti necessari per addivenire al giudizio finale.

Il **certificato anamnestico** è finalizzato alla raccolta dei dati essenziali ed è strutturato sotto forma di scheda, dove viene segnalata con un segno (flag o spunta) la pregressa, l'assenza, o l'attualità delle voci elencate (A-B-C);

il certificato così redatto viene firmato dal medico di medicina generale e controfirmato dal dichiarante.

Nel caso siano stati segnalati episodi di epilessia si dovrà indicare la data dell'ultima crisi, ed in caso di riferita assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti occorre specificarne le modalità d'uso. Secondo l'interpretazione della norma, il medico curante, oltre alla raccolta delle notizie anamnestiche, dovrebbe segnalare l'eventuale sussistenza di quelle condizioni patologiche delle quali è venuto a conoscenza nello svolgimento della propria professione. In definitiva, il **certificato redatto dal medico di medicina generale** è fondato sulla conoscenza del proprio assistito ed assume un ruolo di primo piano, in quanto diviene certificazione fondamentale e fondante per il successivo rilascio del certificato di idoneità al porto d'armi.

È importante puntualizzare che il legislatore pone a carico dell'**idoneità psichica** la prevenzione del rischio di un uso non legittimo delle armi; pertanto, è proprio la valutazione dell'idoneità psichica, basata su elementi che comprovino l'assenza di disturbi mentali, di disturbi della personalità o comportamentali, nonché il rilievo di notizie riguardo l'uso, l'abuso o la dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcol, che richiede la massima attenzione da parte del medico certificatore.

Il rilascio dell'idoneità, comporta in definitiva un **iter articolato in due step**: I step- rilascio del certificato anamnestico, II step-visita per il rilascio dell'idoneità; tale iter a **doppio controllo** risponde alla necessità di individuare una pericolosità attuale o potenziale, al fine di prevenire la commissione di atti violenti con l'uso delle armi da fuoco.

NOVITÀ LEGISLATIVA

Il D.Lgs n. 104 del 10.08.2018 recante: "Attuazione della direttiva Unione Europea 2017/853 del Parlamento europeo e del consiglio del 17 maggio 2017 che modifica la direttiva CEE 91/477/CEE e del consiglio relativa al controllo all'acquisizione alla detenzione di armi." entrato in vigore il 14 settembre del 2018 non ha mutato i criteri di accesso alla licenza.

La norma giuridica prevede, per la sicurezza individuale e collettiva, il controllo dell'idoneità anche per i soli **detentori di arma da fuoco**, richiedendo la valutazione dell'assenza di malattie mentali o di vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere, con obbligo di presentazione da parte dell'interessato del **certificato anamnestico** del proprio medico di medicina generale (Allegato 1).

Per opportuna conoscenza, di seguito vengono schematicamente riportate le principali novità introdotte dalla citata norma:

- i detentori di armi devono produrre un certificato medico rilasciato dal settore medico legale delle Aziende sanitarie locali, o da un medico Militare, della Polizia di Stato o del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco, dal quale risulti che lo stesso non è *affetto da malattie mentali oppure da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere*;
- la denuncia di detenzione può essere inviata ai Carabinieri o alla Questura anche tramite Pec;
- è stato eliminato l'obbligo di avvisare i propri conviventi maggiorenni di possedere armi;
- le licenze di porto d'armi per la caccia e a uso sportivo avranno validità per 5 anni anziché 6 (modifica l'art. 38, comma 4, del TULPS);
- il numero di *armi sportive* che si possono detenere passa da 6 a 12;
- i colpi consentiti nei caricatori passano da 15 a 20 per le armi corte e da 5 a 10 per le armi lunghe;
- la categoria *tiratori sportivi* non comprende più solo gli iscritti alle specifiche federazioni aderenti al Coni ma anche gli iscritti a federazioni di Paesi UE, gli iscritti alle sezioni del Tiro a segno nazionale, agli appartenenti alle associazioni sportive dilettantistiche affiliate al Coni;
- è prevista l'istituzione, presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, di un sistema informatico che consenta, attraverso una piattaforma informatica centralizzata, di realizzare lo scambio di dati con gli altri Stati membri dell'Unione Europea.

GAZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Allegato 1

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO O AL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE (*da redigere da parte del Medico di fiducia di cui all'art. n.25 della legge 23 dicembre 1978, n.833-Istituzione del Servizio Sanitario nazionale*)

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a;

Cognome..... *Unità Sanitaria Locale n.....*
Nome..... *Regione.....*
Data e luogo di nascita..... *numero tesserino assistito.....*
Professione.....

A) Malattie del sistema nervoso (1) *no* *Pregressa* *In atto*
Centrale.....
Periferico
Postumi invalidanti.....
Epilessia (2).....
Altre.....

B) Turbe psichiche (1) *no* *Pregressa* *In atto*
Da malattie
Da traumatismi.....
Post operatorie.....
Da ritardo mentale grave.....
Da psicosi.....
Della personalità.....

C) Sostanze psico-attive (1) no Pregressa In atto

Abuso di alcool.....

Uso di stupefacenti(3)

Uso di sostanze psicotrope(3)

Dipendenza da alcool.....

Dipendenza da stupefacenti.....

Dipendenza da sostanze psicotrope

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio Medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, consci delle sanzioni a cui va incontro in caso d'infedele dichiarazione

(Luogo e data del rilascio)

In fede, il dichiarante

In fede, il Medico

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico;

- 1) Barrare con la X le caselle interessate.
 - 2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici
 - 3) Specificare le modalità d'uso

N.B.- Il presente certificato anamnestico è valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro a volo o al porto d'armi per uso difesa personale

Allegato 2**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITÀ PER IL RILASCIO O IL RINNOVO**

- 1) DELLA LICENZA DI PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO
DELLO SPORT DEL TIRO A VOLO
- 2) DEL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE

Il/lasig.ra.....

Nato a il

residente in Via

munitodelseguentedocumentodiriconoscimento.....

dichiara di aver presentato istanza presso
per il rilascio della licenza di cui sopra.

Lo stesso presenta il certificato anamnestico, di cui all'art. 3 del decreto del Ministro della Sanità in data 28/04/1998, rilasciato dal Dott.

APPARATO VISIVO:**O.D.****O.S.**

Visus naturale

Visus corretto

Correzione

Senso cromatico

APPARATO UDITIVO:

Soglia auditiva nell'orecchio migliore

(o in alternativa)

Percezione della voce di conversazione a metri:

Orecchio destro

Orecchio sinistro

Biaurale

Sulla base della visita da me effettuata, nonché dei seguenti accertamenti specialistici

Il sig. (non) risulta in possesso dei requisiti di cui all'art. del Decreto Ministeriale sopra citato.

Motivazione del giudizio di non idoneità

Il presente certificato sarà da me trasmesso entro cinque giorni all'autorità presso la quale è stata inoltrata la domanda di autorizzazione.

Data

In fede

.....

**CERTICATO MEDICO DI IDONEITÀ PER LA DETENZIONE
O IL TRASPORTO DI ARMI.**

Il sig.....
nato a il
residente in via
munito del seguente documento di riconoscimento.....
dichiara di aver presentato istanza presso.....
.....

per il rilascio della licenza di cui sopra.

Lo stesso presenta il certificato anamnestico, di cui all'art. 3 del decreto del Ministro della Sanità in data 28/04/1998, rilasciato dal Dott.
Sulla base della visita medica dame effettuata, nonché dei seguenti accertamenti specialistici

.....
.....

Il sig.....(non) risulta in possesso dei requisiti previsti:
all'art. 35 del

Testo Unico sulle Leggi di Pubblica Sicurezza approvato con R.D. del 18 giugno 1931 n. 773 e agli artt. 12, c. 2 e 13, c. 3 del D.Lgs. n.104 del 10 agosto 2018.
Motivazione del giudizio di non idoneità.

.....

Il presente certificato sarà trasmesso entro 5 giorni all'autorità presso al quale è stata inoltrata la domanda di autorizzazione.

Data

Firma

CAPITOLO VI

PATENTI DI GUIDA E PATENTI SPECIALI

G. Aloise, G. Carbone

INTRODUZIONE

Ogni cittadino in possesso di patente di guida o nautica, periodicamente in base al tipo di patente posseduta e all'età, deve effettuare il **rinnovo** ovvero la **conferma di validità**: per alcuni tipi di patente, basta una visita medica per accertare la persistenza dei requisiti fisici, per altre - quelle professionali e/o nautiche, - sono previsti appositi esami per accettare la persistenza anche dei requisiti fisici e tecnici^{1,2}.

PATENTI DI GUIDA

Le visite mediche di idoneità alla guida, possono essere effettuate presso i medici o strutture appositamente autorizzate e presso le CML - Commissioni Mediche Locali.



Figura 1 – Pantente di quida automobilistica

Il rinnovo della patente, non va confuso con la *revisione*:

- il **rinnovo** è una prassi ordinaria a cui tutti debbono sottoporsi per rinnovare la patente alla data di scadenza prevista, in rapporto all'età del conducente dal C.d.S.;
- la **revisione della patente** invece è un provvedimento imposto dalle autorità (art.128 Cds) per cui il titolare della patente deve **sottoporsi** a vari tipi di **accertamento** a seconda dei casi, dall'esame di teoria a quello di pratica, sino ad arrivare all'obbligo di visita per accertamento dei requisiti psico-fisici. Nei confronti del titolare di patente di guida che non si sottponga, nei termini prescritti, agli accertamenti è sempre disposta la **sospensione** della patente di guida. La sospensione decorre dal giorno successivo allo scadere del termine indicato nell'invito a sottoporsi ad accertamento ai fini della revisione, senza necessità di emissione di un ulteriore provvedimento.

La data di scadenza della patente è diversa in base al tipo di patente ed all'età di chi la possiede.

Nella tabella sottostante sono rappresentati i tipi di patente e la loro validità dopo rinnovo, in base all'età di chi ne è titolare³:

Patente	AM-A1-A2-A-B1-B	C1-C-C1E-CE	CE per guida autotreni e autoarticolati sup. a 20 t.	D1-D1E-D-DE
Fino a 50 anni	10 anni			
Tra 50 e 60 anni		5 anni	5 anni	5 anni
Tra 60 e 65 anni				
Tra 65 e 68 anni	5 anni		1 anno c/o CML	1 anno c/o CML
Tra 68 anni e 70 anni		2 anni c/o CML		
Tra 70 e 80 anni	3 anni		Declassata a patente C	Declassata a patente C
Dopo 80 anni	2 anni			

Tabella 1

I MEDICI AUTORIZZATI AL RILASCIO DEI CERTIFICATI MEDICI PER L'IDONEITÀ ALLA GUIDA DEI VEICOLI A MOTORE

L'accertamento dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida e la redazione delle relative certificazioni ufficiali devono essere effettuati dai **medici abilitati** previsti dall'articolo 119 del Codice della strada. Tale giudizio, definito monocratico può essere effettuato da personale in servizio presso :

- **La medicina Legale della A.S.L. territorialmente competente**
- **I Servizi di base del distretto sanitario**
- **I Servizi sanitari delle Ferrovie dello Stato**
- **I Corpi Sanitari delle Forze Armate (E.I. - M.M. - A.M. - C.C.)**
- **Il Ministero della Sanità**
- **La Polizia di Stato**
- **Il Corpo nazionale Vigili del fuoco**
- **Il Ministero del lavoro e della previdenza sociale**

Tale accertamento può essere effettuato dai medici di cui sopra anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi sopra indicati (in pensione) purchè abbiano svolto l'attività di accertamento negli ultimi 10 anni o fatto parte delle Commissioni patenti per almeno 5 anni..

Questa categoria di medici può accertare l'idoneità psicofisica per:

- **Conseguimento della patente di guida**
- **Rinnovo della patente di guida**
- **Estensione ad una categoria di patente diversa da quella posseduta**

L'elenco dei medici certificatori è reperibile sul sito del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti:

<https://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/servizi-online-ricerca-medici-certificatori>

Ogni medico abilitato alla certificazione, è dotato di un codice identificativo alfanumerico di 6 cifre (rilasciatogli dal Ministero Infrastrutture e Trasporti) attraverso il quale viene riconosciuto ed identificato.

Certificati medici privi di tale codice non saranno accettati dalla Motorizzazione Civile.

LA VISITA DI IDONEITÀ PER LE PATENTI DI GUIDA

Per **procedere al rinnovo** di una patente, il medico richiede al conducente di redigere al momento della visita, un'apposita autocertificazione da firmare in presenza dello stesso, dove **dichiara la presenza o meno di eventuali stati patologici**.

In caso di **Primo rilascio di patente di qualsiasi categoria** viene, invece, richiesto il certificato anamnestico rilasciato dal Medico di Fiducia, dal quale non dovranno risultare eventuali condizioni patologiche croniche, terapie farmacologiche con farmaci che agiscono sul tono dell'umore, abuso di alcool, sostanze psicoattive e/o psicotrope e invalidità di alcun genere.

Nel corso dell'accertamento dopo l'esame dei documenti di cui sopra, il medico prescrittore provvederà ad accettare condizioni fisiche in base al tipo di patente da conseguire o conseguita^{4 5 6 7}

Patenti tipo 1 (A-B)

Acutezza visiva binoculare complessiva, anche con correzione ottica, se ben tollerata, di almeno 7/10, raggiungibile sommando l'acutezza visiva posseduta da entrambi gli occhi, purchè il visus nell'occhio che vede peggio non sia inferiore a 2/10. Il campo visivo binoculare posseduto deve consentire una visione in orizzontale di almeno 120 gradi, con estensione di non meno di 50 gradi verso destra o verso sinistra e di 20 gradi verso l'alto e verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 20 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare, un idoneo tempo di recupero dopo abbagliamento e un'idonea sensibilità al contrasto. In caso di insufficienza di tali due ultime funzioni la Commissione medica locale può autorizzare la guida solo alla luce diurna.

Qualora sia rilevata o dichiarata una malattia degli occhi progressiva o deficit del campo visivo, la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata dalla Commissione medica (CML) con validità ridotta sia nella durata che prescrivendo ulteriori limitazioni previste dal codice (es: guida notturna, in autostrada, con velocità ridotta) avvalendosi di consulenza da parte di medico di struttura pubblica specialista in oculistica.

Un soggetto monocolo, organico o funzionale, deve possedere un'acutezza visiva di non meno 8/10, raggiungibile anche con lente correttiva se ben tollerata. Il medico monocratico deve certificare che tale condizione di vista monoculari esiste da un periodo di tempo sufficientemente lungo (almeno sei mesi) da consentire l'adattamento del soggetto e che il campo visivo consenta una visione in orizzontale di almeno 120 gradi e di non meno di 60 gradi verso destra o verso sinistra e di 25 gradi verso l'alto e 30 gradi verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione suf-

ficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare e dopo abbagliamento con idoneo tempo di recupero e idonea sensibilità al contrasto, tali condizioni devono essere opportunamente verificate.

Nel caso in cui uno o più requisiti non siano presenti, il giudizio viene demandato alla Commissione medica locale che, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista, valuta con estrema cautela se la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata, eventualmente con validità limitata nella durata e con eventuali limitazioni.

A seguito di diplopia sviluppata recentemente o della perdita improvvisa della visione in un occhio, ai fini del raggiungimento di un adattamento adeguato non è consentito guidare per un congruo periodo di tempo, da valutare da parte di medico specialista oculista; trascorso tale periodo, la guida può essere autorizzata dalla Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista, eventualmente con limitazioni.

Capacità uditiva

Occorre percepire da ciascun orecchio la voce di conversazione con foni combinati a non meno di 2/mt di distanza.

La funzione uditiva può essere valutata con l'uso di protesi monoaurali o binaurali, la cui efficienza deve essere attestata dal costruttore con certificazione rilasciata in data non anteriore a tre mesi.

Patenti superiori Tipo 2 (C-D-E KA-KB-KC-KD)

Acutezza visiva

Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida deve possedere una visione binoculare con un'acutezza visiva, se del caso raggiungibile con lenti correttive, di almeno 8/10 per l'occhio più valido e di almeno 4/10 per l'occhio meno valido. Se per ottenere i valori di 8/10 e 4/10 sono utilizzate lenti correttive, l'acutezza visiva minima (8/10 e 4/10) deve essere ottenuta o mediante correzione per mezzo di lenti a tempiale con potenza non superiore alle otto diottrie come equivalente sferico o mediante lenti a contatto anche con potere diottrico superiore. La correzione deve risultare ben tollerata.

In caso di prescrizione di obbligo lenti, verrà inserito sulla patente il codice riportato nella tabella 2 come riportato nella tabella 2.

Il campo visivo orizzontale binoculare posseduto deve essere di almeno 160 gradi, con estensione di 80 gradi verso sinistra e verso destra e **di 30 gradi verso l'alto** e 30 verso il basso. Non devono essere presenti binocu-

larmente difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale.

La patente di guida non deve essere rilasciata o rinnovata al candidato o al conducente che presenta significative alterazioni della visione crepuscolare e della sensibilità al contrasto e una visione non sufficiente dopo abbigliamento, con tempo di recupero non idoneo anche nell'occhio con risultato migliore o diplopia.

A seguito della perdita della visione da un occhio o di gravi alterazioni delle altre funzioni visive che permettevano l'idoneità alla guida o di insorgenza di diplopia deve essere prescritto un periodo di adattamento adeguato, non inferiore a sei mesi, in cui non è consentito guidare. Trascorso tale periodo la Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista può consentire la guida con eventuali prescrizioni e limitazioni.

Capacità uditiva

Occorre percepire da ciascun orecchio la voce di conversazione con foni combinati a non meno di 8/mt di distanza complessivamente e a non meno di 2 mt dall'orecchio che sente meno, con valutazione della funzione uditiva senza l'uso di protesi acustiche. In caso Contrario provvederà ad inserire l'apposita prescrizione di *obbligo protesi acustiche* mono o bilaterali, come riportato nella tabella 2.

Tempi di reazione a stimoli semplici e complessi luminosi e acustici entro il quarto decile della scala decilica di classificazione.

A termine dell'accertamento, il medico monocratico, qualora non riscontri patologie invalidanti o che comunque precludano il giudizio di idoneità, redigerà il certificato medico che attesta il possesso dei requisiti psico-fisici minimi per ottenere il rilascio, il rinnovo o la conferma di validità, della patente di guida⁸, tramite il **Portale WEB del MIT⁹**.

In quest'ultimo caso, nel corso dell'inserimento tramite portale WEB, provvederà ad inserire i codici dei *bollettini 9001 da 10,20 € e 4028 dal 16,00 €* nel portale stesso¹⁰.

In caso di altre patologie concomitanti non potrà procedere con il rilascio/rinnovo della patente e sarà necessario inviare il richiedente il rinnovo della patente a vista presso la Commissione Medica Locale (CML), ove dopo valutazione potranno essere prescritte alcune limitazioni come quelle riportate nella tabella 2.

Codici unionali delle prescrizioni tecniche

01 CORREZIONE DELLA VISTA E/O PROTEZIONE DEGLI OCCHI 0101..OCCHIALI 0102.. LENTI A CONTATTO 0103.. LENTE PROTETTIVA (FINO A 31.12.2016) 0104.. LENTE OPACA (FINO A 31.12.2016) 0105..OCCLUSORE OCULARE 0106..OCCHIALI O LENTI A CONTATTO 0107.. AIUTO OTTICO SPECIFICO (DA 1.1.2017)	02....APPARECCHI ACUSTICI/AIUTO ALLA COMUNICAZIONE 0201 PROTESI UDITIVA AD UN ORECCHIO (FINO A 31.12.2016) 0202. PROTESI UDITIVA AD ENTRAMBE LE ORECCHIE (FINO A 31.12.2016) 03....PROTESI/ORTOSI AGLI ARTI 0301.. PROTESI/ORTOSI AD UN ARTO SUPERIORE 0302.. PROTESI/ORTOSI AD UN ARTO INFERIORE

61....GUIDA IN ORARIO DIURNO (DA 1.1.2017) 62....PERCORSO LIMITATO (DA 1.1.2017) 63....GUIDA SENZA PASSEGGERI (DA 1.1.2017) 64....VELOCITA' DI GUIDA LIMITATA (DA 1.1.2017) 65....GUIDA ACCOMPAGNATO DA TITOLARE DI PATENTE (DA 1.1.2017) 66....GUIDA SENZA RIMORCHIO (DA 1.1.2017) 67....GUIDA NON AUTORIZZATA IN AUTOSTRADA (DA 1.1.2017) 68....NIENTE ALCOOL (DA 1.1.2017) 69....GUIDA LIMITATA A VEICOLI CON ALCOLOCK (DA NON UTILIZZARE)	0501.. GUIDA IN ORARIO DIURNO (FINO A 31.12.2016) 0502.. PERCORSO LIMITATO (FINO A 31.12.2016) 0503.. GUIDA SENZA PASSEGGERI (FINO A 31.12.2016) 0504.VELOCITA' DI GUIDA LIMITATA (FINO A 31.12.2016) 0505.GUIDA ACCOMPAGNATO DA TITOLARE DI PATENTE (FINO 31.12.2016) 0506.GUIDA SENZA RIMORCHIO (FINO A 31.12.2016) 0507.GUIDA NON AUTORIZZATA IN AUTOSTRADA (FINO A 31.12.2016) 0508.NIENTE ALCOOL (FINO A 31.12.2016)

Tabella 2

Per chi è affetto da diabete, il medico monocratico, **per la patente A, B e BE** può procedere con la visita ed emettere un giudizio di idoneità sulla base delle condizioni cliniche rilevate e sulla certificazione specialistica rilasciata dal medico specialista nell'area della diabetologia e malattie del ricambio della struttura sanitaria pubblica, purchè non siano presenti complicanze (Figura 2) ¹¹.

<p>Certificato Medico specialistico Diabetologo per patente di guida Avv. Michele de la Torre - 02/09/2009 - 0057594 - 001/07/2012</p> <p>Si conferma che il Dott. Sig./la Signora _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> è di età compresa tra i 18 e i 65 anni.</p> <p><input type="checkbox"/> è affetta da Diabete Mellito di tipo I (diabeti di tipo I) se è stato sempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> diabetico <input type="checkbox"/> spopolato di diabeti <input type="checkbox"/> diabetico <input type="checkbox"/> prefigurante diabeti <input type="checkbox"/> diabetico <input type="checkbox"/> altro <p>specificate formule:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ho preso farmaci <input type="checkbox"/> ho preso insulina <input type="checkbox"/> ho preso entrambe <input type="checkbox"/> ho preso insulina e farmaci <p>GRADO DI PROTEZIONE NEI VARI TIPI DI DIABETE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riferisci quale di esse tioglicidiche 200 mg e l'escosse l'incapacità di tua persona a controllare il diabete? (almeno 2 episodi) <p>COMPLICANZE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non presento complicanze <input type="checkbox"/> Prendo le seguenti controllate: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oftalmologico <input type="checkbox"/> di nefrologia <input type="checkbox"/> di cardiologia <input type="checkbox"/> diabetologico <input type="checkbox"/> Endocrinologico <input type="checkbox"/> Complicanze cardio-vascolari <input type="checkbox"/> Altri <p>GIUDIZIO sulla qualità del CONDUTTORE AUTOMOBILE: Riferire esclusivamente se già/mai si è giudicati di pericolosità alla guida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SÌ/NON <input type="checkbox"/> NON ADEGUATO <input type="checkbox"/> Minima valutazione <p>GIUDIZIO complessivo circa la frequenza e la gravità di perdite della spiegazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <p>GIUDIZIO sulle attitudini e le abitudini a DESCRIVERE PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA (riportare le norme, le regole, le istruzioni, gli avvertimenti, gli avvisi, ecc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BASSO si propone il minimo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si fa riferimento di circa 10 minuti <input type="checkbox"/> si fa riferimento di circa 10-20 minuti <input type="checkbox"/> si fa riferimento di circa 20-30 minuti <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MEDIO si propone il massimo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si fa riferimento di circa 50-60 minuti <input type="checkbox"/> si fa riferimento di circa 60-70 minuti <input type="checkbox"/> si fa riferimento di circa 70-90 minuti <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ELEVATO <ul style="list-style-type: none"> • L'esercizio delle diverse norme, regole, ecc. dal controllo dell'ipoglicemia? <input checked="" type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO • L'esercizio diverso di norme regolamentate a difesa contro il diabete? <input checked="" type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <p>Altrimenti:</p>	<p>Certificato Medico specialistico Diabetologo per patente di guida Avv. Michele de la Torre - 02/09/2009 - 0057594 - 001/07/2012</p> <p>Note per la compilazione della scheda di valutazione specialistica</p> <p>Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si individuano i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) parte essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito esclusivamente al glucosio di pericolosità alla guida, ma valore di emoglobina glicata >9,0% non adeguato in caso di valore >9,5%; 2) per le valutazioni delle problematiche domande: sono i seguenti particolarmente rilevanti: <ul style="list-style-type: none"> a) valutazione anamnestica della capacità del soggetto di evitare l'ipoglicemia e gestirla preventivamente e adeguatamente; b) presenza/assenza di ipoglicemia grave (che richiedono l'intervento di altra persona) e necessità (numero e episodi) di interventi regolari in 15 mesi; 3) per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono: <ul style="list-style-type: none"> a) per riscontro in un profilo di RISCHIO BASSO: <ul style="list-style-type: none"> 1. assenza di diabete 2. assenza di ipoglicemia 3. assenza di diabete 4. assenza di diabete 5. pertinenza ben controllata 6. assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti - feste negli ultimi 12 mesi 7. assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti - auto/giardinaggio con sullo schermo ANDROID 8. assenza di ipoglicemie ANDROID b) per riscontro in un profilo di RISCHIO MEDIO: <ul style="list-style-type: none"> 1. diabeto di tipo II con controllo adeguato (IPOGLICEMIE GRAVE) 2. diabeto non controllato o più facile, con scarsa conoscenza del virus 3. insorgenza emotiva e scorribanda ostio di diabete, se con buona conoscenza della pericolosità e sensibilità e delle capacità normali, non irritata con forme specifiche 4. insorgenza se resa cronica/monotonia e malattiamorosa 5. ipoglicemie con riacorta, ecc. 6. curiosità di sollecitazione da chi comuni con 7. accortezza di prevedere ipoglicemie e gestirle regolari e tutte negli ultimi 12 mesi 8. capacità di, soggetto di evitare l'ipoglicemia e gestirla preventivamente e adeguatamente 9. controllo glicemico NON ADEGUATO 10. giudizio di pericolosità ACCETTABILE c) per riscontro in un profilo di RISCHIO ELEVATO: <ul style="list-style-type: none"> 1. ipoglicemia prolungata, con riduzione del viso 2. insorgenza emotiva o rancore/monotonia grave, con perdita della percezione e della capacità emotiva, e sufficiente per perdere la vita 3. insorgenza emotiva e scorribanda ostio di diabete, se con scarsa conoscenza del virus 4. insorgenza emotiva e scorribanda ostio di diabete, se con scarsa conoscenza del virus 5. insorgenza emotiva e scorribanda ostio di diabete, se con scarsa conoscenza del virus 6. ipoglicemie gravi e ricorrenti riferiti negli ultimi 12 mesi 7. incapacia di ragionare di evitare l'ipoglicemia e gestirla preventivamente e adeguatamente 8. controllo glicemico NON ADEGUATO 9. giudizio sui problemi NON ACCETTABILE <p>• Il Certificato diabetologico NON deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.</p> <p>• Per la redazione del certificato possono essere accettati: esami strumentali e/o laboratori effettuati entro l'anno con l'eccezione della emoglobina glicata il cui riferito NON deve essere superiore a 6 mesi.</p>
---	--

Figura 2 – Certificazione specialistica del Diabetologo per il rinnovo della patente in caso di soggetti affetti da Diabete

In questo caso il medico certificatore può fissare una scadenza della patente ridotta rispetto allo standard.

Per i possessori di patente C, D, CE e DE la visita deve essere effettuata dalla Commissione medica locale integrata da un medico specialista diabetologo.

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL CONSEGUIMENTO RINNOVO DELLA PATENTE PRESSO UN MEDICO MONOCRATICO

- Istanza di visita con:
 - dati anagrafici e anamnestici dell'utente ed indicazione della tipologia di patente per la quale è richiesta la visita medica.
 - Autocertificazione sullo stato di salute.
 - Autorizzazione al trattamento dei dati personali.
 - Documento di riconoscimento valido; in caso di minore (solo per conduzione ciclomotori), la richiesta deve essere autorizzata dai genitori o dagli esercenti la facoltà genitoriale.
 - Certificato anamnestico redatto dal medico di fiducia in data non anteriore

ai tre mesi precedenti (Figura 3), solo in caso di primo rilascio di patente di qualsiasi categoria (anche se si è in possesso di patente di altra categoria).

- In caso di prima richiesta di certificato di idoneità psicofisica per il conseguimento della patente automobilistica 3 (tre) fotografie di cui una sarà apposta sul certificato rilasciato e le altre 2 (due) saranno consegnate agli Uffici della Motorizzazione Civile preposti al rilascio delle patenti automobilistiche.

Figura 2a – Relazione di Visita medica per il conseguimento della patente di guida – Dati anagrafici
– Autodichiarazione anamnestica – Autorizzazione al trattamento dei dati personali. Da compilarsi a cura del candidato al rinnovo della patente di guida

Figura 2b – relazione medica con parametri sanitari del candidato al rinnovo Da compilarsi a cura del medico certificatore autorizzato dal MIT

CERTIFICATO ANAMNESTICO		
(da redigere da parte del medico di fiducia)		
Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, Atto Sig/Sig/r/a _____ Codice Fiscale _____ nato/a a _____ il _____ residente in Roma, via/p.z _____ n. _____		
<ul style="list-style-type: none"> • da un'ora da più/a meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno, • presentazione presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni intollerate 		
(selezionare con una X la risposta desiderata):		
Apparato cardio-circolatorio (se Sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Apparato respiratorio (se Sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito Insulindipendente? Eventuali complicanze	SI	NO
Sistema endocrino (se Sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali (se Sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Sangue e organi emopoietici (se Sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave (se Sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Trapianto d'organo (se Sì, specificare diagnosi)	SI	NO
Organi di senso: patologie visive e/o uditive (se Sì, specificare diagnosi. Es: -mopia/-presbicia etc.)	SI	NO
Patologie del sistema nervoso (se Sì, specificare diagnosi)		
Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (se Sì specificare data ultima crisi)		
Patologie psichiche (se Sì, specificare diagnosi)		
In terapia con farmaci (se Sì, specificare farmaci e dosi)		
Condizioni di dipendenza da: alcol/sostanze stupefacenti/psicotropi (se Sì, specificare farmaci e dosi)		
Riconoscimento di Invalidità Civile e/o Legge 104/92 (Handicap) (se Sì, specificare percentuale e tipo di handicap)		
Esenzione ticket per patologia (se Sì, specificare)		
Luogo e data _____		
Timbro del Medico Firma del Medico (con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)		

Figura 3 – Modello di certificato anamnestico da compilare a cura del Medico di fiducia

Dopo aver acquisito e valutato la documentazione sopra riportata il medico certificatore, provvederà ad accertare l'idoneità psicofisica alla guida del richiedente (candidato al conseguimento della patente) e, in caso di idoneità, provvederà alla redazione del certificato, autenticando anche la foto e la firma (figura 4).

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> fotografia 35x42 mm firmata dal richiedente e vistata dal medico che rilascia il certificato </div>	CERTIFICATO MEDICO	MARCA DA BOLLO DA 16.00 €																														
per della patente di guida della categoria: 																																
<p>Vista la dichiarazione anamnestica presentata dall'interessato nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/conferma della patente di guida di cui alla categoria di seguito indicata</p> <p>Si certifica che il/la signor/a nato/a a _____ () il documento di riconoscimento n° rilasciato/a da _____ ha statura di m. _____ e peso di kg. _____</p> <p>Non presenta sintomi che lo rilevino fare uso di bevande alcoliche ed essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona. È esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e da malattie fisiche o psichiche, deficienze organiche o morbidità anatomiche ed/funzionali che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di quei determinati tipi di veicoli ai quali la patente abilita.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Possiede *****</td> <td style="width: 33%;">affaccio destro</td> <td style="width: 33%;">affaccio sinistro</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> </table> <p>senso cromatico PRESENTE campo visivo COMPLETO senso stereoscopico PRESENTE sensibilità al contrasto SUFFICIENTE visione binoculare COMPLETA sensibilità all'abbagliamento SUFFICIENTE visione crepuscolare/ultima PRESENTE</p> <p>percepisce la voce di conversazione. Scegliere un elemento. protesi acustica ***** a destra a 4 metri. a sinistra a 4 metri.</p> <p>possiede tempi di reazione a stimoli semplici e complessi (misura in decili)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">stimoli luminosi semplici</td> <td style="width: 33%;">rapidità</td> <td style="width: 33%;">regolarità</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td>stimoli acustici semplici</td> <td>rapidità</td> <td>regolarità</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td>stimoli visivi di allerta</td> <td>rapidità</td> <td>regolarità</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td>stimoli acustici di allerta</td> <td>rapidità</td> <td>regolarità</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> </table> <p>In conseguenza si giudica che è Scegliere un elemento. per della patente di guida di categoria </p> <p>osservazioni _____</p> <p> <input type="checkbox"/> - obbligo lenti <input type="checkbox"/> - obbligo protesi acustica </p> <p style="text-align: right;">generità, qualifica e firma del sanitario</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: right;">CODICE MIT MSQBC3</p>			Possiede *****	affaccio destro	affaccio sinistro	*****	*****	*****	stimoli luminosi semplici	rapidità	regolarità	*****	*****	*****	stimoli acustici semplici	rapidità	regolarità	*****	*****	*****	stimoli visivi di allerta	rapidità	regolarità	*****	*****	*****	stimoli acustici di allerta	rapidità	regolarità	*****	*****	*****
Possiede *****	affaccio destro	affaccio sinistro																														
*****	*****	*****																														
stimoli luminosi semplici	rapidità	regolarità																														
*****	*****	*****																														
stimoli acustici semplici	rapidità	regolarità																														
*****	*****	*****																														
stimoli visivi di allerta	rapidità	regolarità																														
*****	*****	*****																														
stimoli acustici di allerta	rapidità	regolarità																														
*****	*****	*****																														

Figura 4 – Certificato medico per il conseguimento della patente di guida rilasciato dal medico Certificatore

Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica, che ha in cura il

Sig./ra.....
Nato/a Il

per il rilascio o rinnovo della patente di guida

Risultati Polisonnografia o Monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:
AHI.....

Terapia praticata:

- ventilatore (CPAP, autoCPAP, BiLevel,)
- apparecchio endoaurale di avanzamento mandibolare
- intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)
- altra terapia

Compliance dimostrata alla terapia Buona Accettabile Insufficiente

Monitorata con

Sonnolenza diurna : Migliorata Non migliorata Assente

Valutata con

Giudizio complessivo efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona vigilanza diurna

- Efficace
- Non efficace
- Scarsamente efficace

Data..... Firma dello Specialista.....

Note : Nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endoaurale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo.

Il giudizio sulla Compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite

Figura 4b – certificato pneumologico a cura dello specialista

Caso in cui la patente risulta scaduta da oltre 3 anni.

Si rende necessaria la premessa che **non esiste** alcun **limite temporale** entro il quale è necessario **rinnovare la patente di guida**, esiste tuttavia un termine, individuato in **tre anni** dalla scadenza, decorso il quale è **suggerito** agli uffici della motorizzazione civile disporre il procedimento amministrativo della **revisione della patente**¹².

Pertanto è possibile rinnovare la patente di guida, ma gli Uffici della Motorizzazione ne potranno disporre la revisione in base alla **circolare interpretativa n° 705/2009 del MIT** nella quale si chiarisce che:

- La revisione **non va disposta obbligatoriamente** ogni qualvolta si sia superato il limite dei tre anni dall'ultimo rinnovo, ma la **valutazione va fatta caso per caso** tenendo conto delle **argomentazioni** prospettate dal **richiedente** circa i **motivi** del ritardo nella richiesta di conferma.
- L'eventuale provvedimento di revisione dovrà essere preceduto dalla **comunicazione di avviso di avvio del procedimento** ai sensi degli artt. 7 e 8 ex legge n.241/1990
- In sede di partecipazione procedimentale, il **richiedente dovrà dimostrare di non aver perso i requisiti** di idoneità tecnica alla guida successivamente alla data di scadenza della patente. A tal fine potranno essere **valutate** dall'Ufficio **dichiarazioni**, anche di terzi, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché **ogni altro elemento ritenuto utile allo scopo**, ecc.

Ne consegue che decorsi tre anni dalla scadenza gli uffici della MCTC valutano il singolo caso, eventualmente richiedendo chiarimenti all'interessato, e solo se persistono dubbi sull'idoneità dell'interessato dispongono la revisione della patente.

La novità più importante sta nel fatto che la **revisione della patente non va disposta "in automatico"**: l'ufficio provinciale della Motorizzazione dovrà tenere in considerazione le giustificazioni fornite dall'interessato sul perché non ha rinnovato la patente per così tanto tempo e valutare caso per caso.

Dal punto di vista operativo, il cittadino con la patente scaduta da oltre tre anni dovrà chiedere il **rinnovo della patente e contestuale duplicato**. La procedura normale di rinnovo tramite il portale WEB non sarà utilizzabile in quanto per le patenti scadute da più anni viene inserito un blocco telematico che non ne permette la validazione telematica. Il medico prescrittore dopo la visita, in caso di persistenza dell'idoneità fisica, emetterà un certificato medico (figura 4) attestante il rinnovo della patente. Una volta richiesto il duplicato della patente con contestuale rinnovo la motorizzazione civile emetterà regolarmente la nuova patente,

ma contemporaneamente segnalerà all'ufficio provinciale competente che sono trascorsi più di 3 anni dall'ultima scadenza. Sarà poi quest'ufficio a valutare la situazione e, se deciderà per la revisione, dovrà inviare al cittadino un avviso di avvio procedimento al fine di consentire a questi di presentare la documentazione attestante che nel periodo interessato ha comunque guidato e quindi non ha perso dimestichezza con la guida e con le regole che la disciplinano.

PATENTI NAUTICHE



Figura 5 – Patente Nautica

È opportuno segnalare che il D. Lgs. n. 229/2017, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 29 gennaio 2018, ha introdotto alcune modifiche alla normativa sulle patenti nautiche. Queste si distinguono in diverse categorie ed abilitano alla guida di determinate unità da diporto a seconda delle loro caratteristiche e vengono rilasciate dopo l'accertamento dei:

- requisiti di età
- requisiti fisici, psichici
- requisiti morali

Nello specifico di questa trattazione verranno approfonditi i requisiti Fisici e Psichici, per i quali è stata indicata nel sopra citato D. Lgs. la pubblicazione di un decreto attuativo che indicherà nuovi requisiti, nonché nuove modalità per l'accertamento degli stessi. Alla data odierna peraltro non è ancora stato emanato, pertanto vale ancora quanto precedentemente approvato e cioè:

La validità della Patente Nautica è di 10 anni per coloro i quali non hanno ancora compiuto i 60 anni di età e di 5 anni di durata per coloro che hanno superato tale età.

Le Patenti Nautiche possono essere rinnovate in qualsiasi momento, anche dopo molti anni dalla scadenza. Il formato attuale è in carta patinata bianca, la forma è simile alla vecchia patente automobilistica, ma possiede quattro lembi. Chiunque possieda formati diversi deve sostituire la Patente contestualmente al rinnovo della patente nautica, riconsegnando la vecchia patente, che verrà distrutta dal competente ufficio (motorizzazione o ufficio marittimo). Il rinnovo può essere fatto solo dall'ufficio che ha rilasciato la patente iniziale, quindi Capitanerie di Porto o uffici della Motorizzazione.

La validità e quindi la durata della patente nautica, potrebbe variare in relazione alle minorazioni fisiche e alle eventuali protesi correttive, pertanto la CML **può stabilire tempi di validità delle patenti ridotti** in relazione al tipo di abilitazione richiesta.

I MEDICI AUTORIZZATI AL RILASCIO DEI CERTIFICATI MEDICI PER L'IDONEITÀ AL COMANDO E ALLA CONDUZIONE DI NATANTI

Le visite mediche di idoneità al comando e alla conduzione di natanti, possono essere effettuate da:

- Personale medico in servizio presso **l'ufficio dell'unità sanitaria locale territorialmente competente**, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale.
- **medici responsabili dei servizi di base del distretto sanitario**
- Personale medico appartenente al:
 - **Ministero del lavoro,**
 - **Ministero della salute e delle politiche sociali**
- **Ispettori medici delle Ferrovie dello Stato**
- **Medici Militari in servizio permanente effettivo**
- **Medici del ruolo sanitario della Polizia di Stato**
- **Medici del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco**
- **per i cittadini italiani residenti all'estero, da un medico riconosciuto idoneo dal consolato italiano del Paese di residenza.**

In ogni caso gli accertamenti sono effettuati presso la struttura pubblica di appartenenza. La certificazione sanitaria e la relativa documentazione devono essere conservate per un anno.

Nei casi dubbi o quando espressamente previsto, il giudizio di idoneità può essere demandato alla commissione medica locale (CML).

L'accertamento dei requisiti fisici e psichici è sempre demandato alle Commissioni Mediche Locali costituite in ogni provincia presso le Unità Sanitarie

Locali del capoluogo di provincia nei riguardi:

- a) dei mutilati e minorati fisici;
- b) di coloro per i quali ne è fatta richiesta dalla autorità marittima o dal prefetto;
- c) di coloro nei confronti dei quali l'esito degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio faccia sorgere al medico dubbi circa l'idoneità e la sicurezza della condotta dell'unità da diporto.

Non possono ottenere le patenti nautiche né la convalida delle stesse da parte dei medici monocratici (ma solo da CML) coloro che siano affetti da **Malattie Invalidanti** fisiche o psichiche, defezioni organiche o minorazioni psichiche, anatomiche o funzionali che impediscono di svolgere con sicurezza le operazioni inerenti la patente da conseguire o da convalidare quali:

- A. Affezioni cardiovascolari.
- B. Diabete.
- C. Malattie endocrine.
- D. Malattie del sistema nervoso.
- E. Malattie psichiche.
- F. Sostanze psicoattive.
- G. Malattie del sangue.
- H. Malattie dell'apparato urogenitale.
- I. Condizioni in cui è compromessa l'efficienza articolare

LA VISITA DI IDONEITÀ PER LE PATENTI NAUTICHE

Nel corso dell'indagine di valutazione medico legale per accettare l'idoneità psicofisica al comando ed alla conduzione di natanti i medici dell'Azienda Sanitaria di competenza, prima di procedere con la valutazione clinica, debbono somministrare un questionario anamnestico in cui verranno poste delle domande inerenti alla propria salute e le proprie abitudini di vita.

Successivamente, qualora non siano presenti condizioni o malattie invalidanti che impediscono la prosecuzione dell'accertamento di idoneità, il medico provvederà ad accettare le condizioni fisiche del titolare della patente o di colui che dovrà sostenere gli esami per conseguirla secondo i parametri previsti dal decreto MIT 29 luglio 2008, n. 146, successivamente modificato dal decreto MIT 2 agosto 2016, n. 182, di seguito riportati:

Per il conseguimento o la convalida delle patenti nautiche l'interessato deve possedere un campo visivo normale, una sensibilità cromatica sufficiente a distinguere rapidamente e con sicurezza i colori fondamentali (rosso, verde, blu), un'acuità visiva crepuscolare di almeno 1/10. Per i soggetti ultra sessan-

tenni, o diabetici, o affetti da glaucoma o da neurootticopatie, o da cheratopatie, o da malattie degenerative corio-retiniche, deve essere accertata la sensibilità al contrasto spaziale, che almeno in un occhio deve essere tale da raggiungere una soglia di contrasto del 6%.

In caso di visione binoculare, l'interessato deve possedere un'acutezza visiva complessiva non inferiore a 10/10, con visus nell'occhio peggiore non inferiore a 4/10, raggiungibile anche con correzione con lenti a contatto di qualsiasi valore diottrico o con correzione di occhiali purché, in caso di visus corretto per vizio miopico da un occhio ed ipermetropico dall'altro, la differenza di rifrazione in equivalente sferico tra le due lenti negativa e positiva non sia superiore a tre diottrie.

I soggetti monocoli, funzionali o anatomici, devono possedere un visus non inferiore a 8/10, raggiungibile con correzione di lenti di qualsiasi valore diottrico o con lenti a contatto, se ben tollerate.

In caso di necessità di correzione ottica, gli occhiali utilizzati devono essere dotati di idonei dispositivi utili ad evitarne la perdita accidentale anche in situazioni di emergenza. In caso di uso di lenti a contatto, devono inoltre essere utilizzati occhiali di protezione con lenti neutre.

Il visus raggiunto dopo l'impianto di lenti artificiali endoculari, fachiche o pseudofachiche, deve essere considerato in sede di visita come visus naturale. La validità della patente non può eccedere i cinque anni.

Le patenti nautiche non sono rilasciate né convalidate se l'interessato, con visione binoculare o monoculare, possiede un campo visivo ridotto o presenta uno scotoma centrale o paracentrale, ad esclusione dello scotoma fisiologico. Le patenti nautiche non sono rilasciate né convalidate se l'interessato è colpito da diplopia.

In caso di trapianto corneale, la validità della patente non può eccedere i cinque anni. Nel caso in cui è accertata l'esistenza di una malattia sistemica evolutiva od oculare evolutiva, in grado di indurre od aggravare danni funzionali dell'apparato visivo, la commissione medica locale, avvalendosi del parere di un medico specialista in oculistica, può limitare la validità della patente a due anni. Per il conseguimento o la convalida delle patenti nautiche occorre percepire, anche con l'ausilio di apparecchi correttivi, la voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di otto metri di distanza complessivamente, e a non meno di due metri dall'orecchio che sente di meno.

Per il conseguimento o la convalida delle patenti nautiche sono richiesti tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi e acustici, sufficientemen-

te rapidi per poter essere classificati almeno nel IV decile della scala decilica. A termine della visita medica effettuata, il medico monocratico, qualora non riscontri patologie invalidanti o che comunque precludano il giudizio di idoneità, redigerà il certificato medico che attesta il possesso dei requisiti psico-fisici minimi per ottenere il rilascio, il rinnovo o la conferma di validità, della patente nautica. In caso contrario, non potrà procedere con il rilascio/rinnovo, ma sarà necessario inviare il richiedente il rinnovo della patente a vista presso la Commissione Medica Locale (CML).

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL CONSEGUIMENTO RINNOVO DELLA PATENTE PRESSO UN MEDICO MONOCRATICO:

- Istanza di visita con:
 - dati anagrafici e anamnestici dell'utente ed indicazione della tipologia di patente per la quale è richiesta la visita medica.
 - Autocertificazione sullo stato di salute
 - Autorizzazione al trattamento dei dati personali
 - 3 (tre) fotografie formato tessera, di cui una sarà apposta sul certificato rilasciato dall'Ufficio e le altre 2 (due) saranno consegnate agli Uffici preposti al rilascio della patente nautica

Figura 6 – Certificato medico per il conseguimento/rinnovo della patente nautica rilasciato dal medico Certificatore

CERTIFICATO MEDICO		Annesso I												
FOTO 	RILASCIO CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA	<p>Per il rilascio della patente nautica sono necessarie le seguenti informazioni:</p> <p>PER LA CONVALIDA:</p> <p>D.A. BC Navegazione entro 12 miglia dalla costa <input type="checkbox"/> unità di misura a motore <input type="checkbox"/> per qualsiasi tipo di unità</p> <p>D.B. Nave da ciproto</p> <p>D.C. Navegazione senza alcuna limitante della costa</p>												
<p>Si certifica che ... L. Sig. nat. e residenza prov./Stato è e residente a prov./Stato documento di riconoscimento. n. misurato da di statura cm. e peso kg.</p> <p>Osservazioni: </p> <p>Non presenta sintomi che mettono un suo consumo abituale o un suo stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotropiche o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona.</p> <p>È esente da anomalie della conformazione e delle funzioni sensoriali e da malattie fisiche o pratiche, defezioni organiche e malfunzionamenti edemofunzionali, che possono pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente e al limite di distanza dalla costa richiesto.</p>														
<p>Possiede, in visione binoculare e ripetibile, un vissuto non contratto/corretto di:</p> <p>O.U. campo visivo sensibilità al contrasto visione cirspaziale Percepisce la voce di conversazione otrez acustica monosonore a sinistra a destra a destra a sinistra a destra a destra Casodei tempi di reazione a stimoli semplici e complessi (msec. nel debol) sensi lomotori rapidi regolari stimoli acustici rapidi regolari</p> <p>E IDONEO In conseguenza si dichiara che per il conseguimento: la convalescenza NON E IDONEO per il conseguimento: la convalescenza per la navigazione per la manovra per la ricerca per qualsiasi tipo di unità</p> <p><input type="checkbox"/> la patente nautica di categoria B per nave da diporto Imposta ad anni di validità al sens. del <input type="checkbox"/> obbligo di teni occhiali con sistema di sicurezza e lenti a contatto con occhiali di protezione <input type="checkbox"/> obbligo di apparecchio acustico d'adattamento prescrizioni <p>Allegati depositati agli atti dichiarazione anamnestica dell'intervistato: </p> </p>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Rilascia il</td> <td style="width: 50%;">Genera la, qualifica e firma del medico</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(firma dell'intervistato)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">OPRF/PT LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Prestigiosa</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Membro</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Membro</td> </tr> </table>			Rilascia il	Genera la, qualifica e firma del medico	(firma dell'intervistato)		OPRF/PT LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE		Prestigiosa		Membro		Membro	
Rilascia il	Genera la, qualifica e firma del medico													
(firma dell'intervistato)														
OPRF/PT LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE														
Prestigiosa														
Membro														
Membro														

Dopo aver acquisito e valutato la documentazione sopra riportata il medico

certificatore, provvederà ad accertare l'idoneità psicofisica alla guida del richiedente (candidato al conseguimento della patente) e, in caso di idoneità, provvederà alla redazione del certificato, autenticando anche la foto e la firma (figura6).

LE COMMISSIONI MEDICHE LOCALI (CML)

Le CML sono strutture costituite da più medici presso le ASL di ogni capoluogo di provincia, esse esprimono un giudizio collegiale per:

- **conseguimento patente speciale (mutilati e invalidi fisici)**
- **rinnovo patente speciale (mutilati e invalidi fisici)**
- **revisione della patente (su segnalazione delle autorità competenti)**
- **estensione ad una categoria di patente diversa da quella posseduta In casi di patente già speciale e in caso di soggetti che hanno superato i limiti di età (tabella 1)**
- **Valutazioni di situazioni cliniche che possano far sorgere dei dubbi sulla idoneità alla guida (patenti segnalate)**

Gli utenti delle CML, che abbiano avuto un riconoscimento di invalidità, civile o in altro ambito normativo, oltre all'istanza di visita collegiale (figura 7) devono presentare copia del verbale da cui risultino le infermità per le quali il riconoscimento è stato ottenuto.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA B

REGIONE LAZIO

UOC Medicina Legale
Patenti Speciali

Modulo di Prenotazione per la Commissione Medica Locale Roma 3

L sottoscritto _____

nat_a_____ Nazionale _____ il / / _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

chiede di essere sottoposto a visita medica.

Tipo Patente:

Patenti Normali

AM | A | AB | B

Patenti Normali di categoria "Superiore"

AK | BK | BE | C | CE | D | DE

Patenti "Speciali"

AS | ASBS | BS

Tipologia della prenotazione

Conseguimento | Conseguimento per revoca | Declassamento o Riclassificazione | Duplicato patente (solo per Deterioramento) | Revisione patente | Rinnovo o "conferma validità"

Patologie o Motivo

<input type="checkbox"/> Psichiatriche (Neurologiche ed epilessia)	<input type="checkbox"/> Cardiopatie (Ipertensione)
<input type="checkbox"/> Diabetiche	<input type="checkbox"/> Oncologiche
<input type="checkbox"/> Endocrine	<input type="checkbox"/> Ematologiche
<input type="checkbox"/> Oculari e Visive Art. 322 C.d.S.	<input type="checkbox"/> Dismetaboliche
<input type="checkbox"/> Urologiche	<input type="checkbox"/> Otorino (Uditive) Art. 326 C.d.S.
<input type="checkbox"/> Del Linguaggio	<input type="checkbox"/> Ultra Ottantenni con patologie
<input type="checkbox"/> Motorie	<input type="checkbox"/> Deterioramento
<input type="checkbox"/> Provvedimento del Prefetto	<input type="checkbox"/> Provvedimento della MCTC
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

N.B.: Se la patente è stata Ritirata/Revisionata riempire il modello verificando la motivazione riportata sul provvedimento in suo possesso. La prenotazione può essere effettuata, anche da persone diverse dall'interessato. Il pagamento della prestazione, deve essere effettuato all'atto della prenotazione.

Allegare fotocopia del documento e del codice fiscale dell'interessato.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ANCHE SENSIBILI

Il sottoscritto, consapevole che il trattamento potrà riguardare sia i dati personali che sensibili (ex art. 4, c. 1, lett. B) e d) del Decreto Legislativo n. 196/2003 presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa di cui sopra.

Data ____/____/____

Firma _____

Data

Il Richiedente

____/____/____

Firma (entro il risquadro)

Figura 7 – Istanza di visita collegiale presso la CML

- Gli accertamenti richiesti dalle CML sono obbligatoriamente effettuati presso Strutture Pubbliche o Equiparate, anche in regime di intramoenia (DPR 495/92 art.330 comma 6).
 - La documentazione sanitaria sarà conservata dalle CML presso apposito archivio.
 - La documentazione necessaria per esprimere il giudizio d'Idoneità alla guida deve essere stata emessa non oltre 3 mesi dalla data di effettuazione della visita presso la CML L'art. 119 comma 3 del Nuovo codice della Stra-

da prevede infatti (come già previsto precedentemente) che la certificazione d'idoneità alla guida debba essere non anteriore a tre mesi dalla data di presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida, affermando così, implicitamente, che la validità del certificato d'idoneità alla guida sia limitata a tre mesi. Per quanto riguarda la durata del certificato rilasciato dalla CML, così come indicato nella Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti prot. N°28963 del 26/11/2013, lo stesso ha una validità di 6 mesi dalla data di emissione.

- I protocolli diagnostici presentati rappresentano gli accertamenti che il gruppo di lavoro ritiene necessari per l'espressione del giudizio di idoneità alla guida nelle varie fattispecie previste.
- Ogni CML, qualora lo ritenesse necessario e tenuto conto della grande variabilità di casi clinici, implementerà i protocolli con ulteriori e più approfonditi accertamenti.
- Oltre ai protocolli diagnostici, nella terza colonna, sono espresse delle indicazioni valutative relative al giudizio medico legale in tema d'idoneità alla guida
 - Per patenti del gruppo 1 si intendono patenti tipo A e B
 - Per patenti del gruppo 2 si intendono patenti superiori (C-D-E-K)
 - Per patenti Nautiche si applicano gli stessi protocolli prevedendo, comunque, i tempi di reazione per qualsiasi tipo di patente (entro o oltre 12 miglia dalla costa a motore e/o vela).

Le indicazioni contenute nel seguente protocollo derivano da precise e recenti disposizioni di legge¹³e dall'esperienza pluriennale dei componenti.

<p>Affezioni cardiovascolari Dlgs. 59/2011 all. 3° lettera B.</p>	<p>Certificato del medico curante attestante le condizioni cliniche in relazione ad eventuali patologie, terapie praticate e grado di compenso farmacologico delle patologie presenti. Visita Cardiologica con valutazione classe NYHA+ ECG, eventuale ecocardiogramma</p> <p><u>Casi particolari :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Portatore di defibrillatore 	<p>Il giudizio sulla Idoneità alla guida terrà necessariamente conto del tipo di situazione clinica In relazione alla probabilità che si verifichino eventi aritmici tali da poter modificare anche temporaneamente lo stato di coscienza, in relazione alla classe NYHA ed eventualmente in relazione anche alla Frazione d'Eiezione.</p> <p>L'esame Ecocardiodoppler sarà comunque riservato ai casi di insufficienza cardiaca e ai portatori di defibrillatore.</p> <p>Utile per il giudizio sulla durata della validità della patente, è la classe NYHA di appartenenza del candidato.</p> <p>In modo schematico come indicazione di massima</p> <p>Patenti di gruppo 1 classe NYHA 1: controllo a 3 anni o 2 anni se ultraottantenni; classe NYHA 2: controllo a 2 anni o 1 anno se ultraottantenni; classe NYHA 3 e 4: giudizio di NON Idoneità o in caso di giudizio di idoneità durata massima 6 mesi .</p> <p>Patenti del Gruppo 2 e/o K: Classe NYHA 1: controllo 1 anno; Altre classi NYHA: giudizio di NON Idoneità</p> <p>Nel caso di patenti del gruppo 1, se non sono state evidenziate attivazioni del dispositivo nell' ultimo anno e la FE risulta soddisfacente, il soggetto è idoneo con controllo ad 1 anno (vedi anche linee guida Prof. Romeo).</p> <p>Nel caso di patenti del gruppo 2 l'applicazione dell'ICD è incompatibile con l'idoneità alla guida.</p> <p>Nel caso di primo impianto di ICD, è necessario attendere almeno 6 mesi per poter esprimere il Giudizio di idoneità alla guida. Trascorso tale periodo il successivo controllo sarà effettuato dopo sei mesi.</p>
--	--	--

<p>DIABETE MELLITO Dlgs. 59/2011 all. 3° lettera C</p>	<p>Certificato rilasciato da uno specialista diabetologo (o disciplina equipollente) attestante le condizioni cliniche in relazione ad eventuali complicanze, terapie praticate, compenso metabolico, presenza di episodi di ipoglicemia, capacità di controllo e prevenzione delle crisi, indicazione del rischio alla guida (lieve medio grave) anche in relazione all'età</p>	<p>Il certificato diabetologico dovrebbe indicare espressamente la durata della validità della patente limitatamente agli aspetti diabetologici. Qualora non siano presenti altre condizioni morbose ci si attenerà allo stesso tenendo comunque sempre conto dei limiti previsti dal Codice della Strada per le varie età e dal DPR 30.11.2010 oltre a prendere in considerazione parametri relativi a vista, aff cardiologiche, epilessia dipendenza da alcol, uso di sost. Stupef. e consumo abituale di medicinali, turbe psichiche. (D.Lgvo 59/2011 art. 13). Occorre inoltre considerare le malattie neurologiche introdotte con DM 22/12/2015 in recepimento Dir 2014/85/UE.</p> <p>Patenti di gruppo 1</p> <p>In caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi, idoneità sino ad un massimo di 5 anni in relazione ai limiti previsti per l'età.</p> <p>Nel caso di ipoglicemie gravi ricorrenti o alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia NON idoneità</p> <p>Pazienti in trattamento dietetico o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi normale scadenza compatibilmente con i limiti previsti per l'età</p> <p>Patenti di gruppo 2 e/o K</p> <p>In caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi, previa consulenza diabetologica (con i criteri riportati a lato) ed in caso di buon controllo rinnovo consigliabile per un periodo massimo di 2 anni.</p> <p>Nel caso di ipoglicemie gravi ricorrenti o alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia NON idoneità</p> <p>Pazienti in trattamento dietetico o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi normale scadenza compatibilmente con i limiti previsti per l'età</p>
---	--	---

MALATTIE ENDOCRINE DPR 495/92 ART 320 lettera C	Certificato del medico curante relativo alla patologia endocrinologica presente e ad eventuali altre patologie, attestante la condizione clinica, le terapie praticate ed il grado di compenso farmacologico	Le malattie endocrinologiche, fatta eccezione per il diabete, non incidono, solitamente, in maniera rilevante sulla sicurezza della guida. Il giudizio sulla necessità di controlli e sui tempi dei controlli sarà legato al grado di compenso farmacologico.
EPILESSIA Dlgs. 59/2011 all. 3° lettera D	<u>Visita neurologica (attestante il tipo di crisi, la terapia medica praticata e la durata del periodo senza crisi epilettiche) + EEG.</u>	Per l'epilessia seguire le indicazioni fornite dalla direttiva 126/2006/CE e 2009/113/CE recepite con D.Lgvo 59/2011 *che si riportano comunque alla fine dei protocolli.
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO DM 22/12/2015 in recepimento Dir 2014/85/UE.	<u>Certificato del medico curante</u> attestante le condizioni cliniche in relazione ad eventuali patologie, terapie praticate e grado di compenso farmacologico delle patologie presenti. <u>Visita Neurologica.</u>	Le demenze senili e presenili e le gravi affezioni neurologiche che sono incompatibili con la sicurezza nella guida comportano il giudizio di NON IDONEITÀ. Altro importante gruppo di patologie è rappresentato dalle malattie degenerative del SNC in primis dalla Sclerosi Multipla. In tutte queste patologie il controllo non dovrà mai superare i due anni , prevedendo sempre, quando necessari, gli opportuni adattamenti al veicolo. Particolare attenzione andrà posta al M. di Parkinson per le importanti e generali alterazioni a carico del movimento che incidono sulla sicurezza della guida. In detta patologia, in situazioni di buon compenso farmacologico, si consigliano controlli non superiori all'anno . Particolare attenzione deve essere posta ai soggetti affetti da encefalopatia multinfartuale o vascolare per l'elevato rischio di accidenti vascolari cerebrali e di TIA . Nel caso di episodi ischemici transitori recenti (negli ultimi 6 mesi) è opportuno in via cautelativa negare il giudizio d'idoneità. Negli altri casi, acquisita la documentazione neurologica ed effettuata valutazione psicodiagnostica (tenuto conto della frequente associazione di questa patologia con la demenza) disporre il controllo al massimo dopo 1 anno . Le patologie di questo gruppo sono in genere incompatibili con la sicurezza della guida delle Patenti gruppo 2.

<p>DISTURBI DEL SONNO DA APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNTE</p> <p>Dlgs. 59/2011 all. 3° lettera H2</p> <p>Decreto 22 Dicembre 2015</p> <p>Decreto 3 Febbraio 2016</p>	<p>La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata ai candidati o conducenti affetti da disturbi del sonno che determinino una grave e incoercibile sonnolenza diurna con riduzione dell'attenzione non controllata con le cure prescritte.</p> <p>Il medico monocratico valuta i soggetti per i quali sussistono sintomi riconducibili alla sindrome da apnea ostruttiva notturna. Se conclude con assenza o lieve entità, certifica l'idoneità alla guida con i criteri stabiliti dal Decreto del 3.2.2016 Nel caso sussistano dubbi, l'accertamento dell'idoneità è demandato alla CML.</p> <p>La commissione medica locale (avvalendosi di visita specialistica di struttura pubblica) può autorizzare la guida i soggetti anche in caso di sindromi moderate o gravi purchè sia dimostrato un adeguato controllo della sintomatologia in base allo stato evolutivo e alle capacità funzionale possedute.</p>	
<p>MALATTIE PSICHICHE</p> <p>Dlgs. 59/2011 all. 3° lettera G</p>	<p>Visita psichiatrica con eventuale somministrazione di test personalità (MMPI, Taleia).</p>	<p>Per i disturbi minori di tipo nevrotico è opportuno, in considerazione della terapia psicofarmacologica in genere effettuata, disporre controlli a due anni o al massimo a 3 anni.</p> <p>Per le psicosi e le sindromi bipolari, dopo essersi accertati attraverso la certificazione psichiatrica ed il colloquio al momento della visita presso la CML del completo compenso farmacologico della sintomatologia, il controllo potrà essere effettuato a distanza di 1 anno al massimo.</p> <p>I deficit intellettivi, in genere congeniti e di grado lieve medio, quando non limitano la capacità di acquisire le conoscenze necessarie per sostenere l'esame di guida non incidono sulla idoneità alla guida.</p> <p>Nel caso in cui, per la natura della patologia o per effetto della terapia farmacologica praticata, emergono dubbi fondati sulle capacità attentive dei soggetti è opportuno integrare l'accertamento psichiatrico o neurologico con mirata valutazione psicodiagnostica.</p>

		Opportuno che lo specialista curante precisi la compatibilità della terapia assunta con la guida (che la stessa non incida sullo stato di vigilanza o veglia)
Dlgs 59/2011 all.3° lettera E Lettera F (art.18 6 e art.187 del CDS). Art.75 L.309/90	<p>Patenti gruppo 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Tre determinazioni su urine</u> (Alcool, Anfetamine, Barbiturici, Benzodiazepine, Cannabinoidi, Cocaina, Metadone, Oppiacei, MDMA) 1 determinazione sul sangue per Emocromo, Transaminasi, GGT e CDT; • eventuale test di conferma (in caso di positività) da effettuare con metodiche diverse da quella del primo accertamento; • <u>Visita psichiatrica</u> con valutazione test psicodiagnostici in caso di prima vista o recidiva • <u>In caso di recidiva (nuova segnalazione) protocollo gruppo 2.</u> 	<p>L'accertamento tossicologico + visita psichiatrica va ripetuto a distanza di 1 anno, 2 anni, 3 anni e 5 dal primo accertamento. Nel caso di sospensione della patente per infrazione con valori rilevati di alcool superiore a 1,5 g., consigliabile un iniziale primo controllo dopo SEI Mesi.</p> <p>Qualora l'interessato non si presenti alla scadenza dei vari controlli previsti o si presenti con notevole ritardo e non adduce una giusta motivazione, dovrà essere nuovamente prevista una scadenza semestrale della certificazione con successivi controlli a 1, a 2, a 3 e a 5 anni.</p> <p>In caso di recidive (nuova contestazione) vedi patenti del gruppo 2.</p>
Dlgs 59/2011 all.3° lettera E Lettera F (art.18 6 e art.187 del CDS). Art.75 L.309/90	<p>Patenti gruppo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Sei determinazioni su urine</u> (doppia determinazione) (Alcool, Anfetamine, Barbiturici, Benzodiazepine, Cannabinoidi, Cocaina, Metadone, Oppiacei, MDMA), • DUE determinazioni sul sangue per Emocromo, Transaminasi, GGT e CDT; • eventuale test di conferma (in caso di positività) da effettuare con metodiche diverse da quelle del primo accertamento; • <u>Visita psichiatrica</u> con valutazione test psicodiagnostici in caso di prima vista o recidiva • <u>Tempi di reazione semplici e complessi</u> 	<p>Per le patenti del gruppo 2, dopo il primo anno. I controlli successivi sono sempre dopo massimo due anni</p> <p>Nel caso di sospensione della patente per infrazione con valori rilevati di alcool superiore a 1,5 g., consigliabile un iniziale primo controllo dopo SEI Mesi.</p>

MALATTIE DEL SANGUE DPR 495/92 art. 320 lettera G	Certificazione specialistica attestante le condizioni cliniche in relazione alla patologia ematologica/oncologica, le terapie praticate e l'eventuale grado di compenso farmacologico della malattia. Nel certificato oncologico dovrà sempre essere indicata la presenza o l'assenza di fenomeni ripetitivi a livello del Sistema Nervoso Centrale.	Tra le patologie ematologiche ereditarie particolarmente frequente all'osservazione della CML è il Morbo di Cooley (talassemia maior). Se la patologia è in buon compenso, e non sono presenti infezioni virali legate alle emotrasfusioni HCV, HIV, il controllo sarà effettuato al massimo dopo 2 anni . Nella lettera G dell'app. 2 si fanno, di solito rientrare, oltre alle patologie oncologiche del sangue, anche quelle di altri organi ed apparati. Il giudizio d'idoneità alla guida in tutti questi casi, sarà necessariamente legato alle condizioni di compenso, al tempo intercorso dalla diagnosi oncologica ed alla risposta alle terapie praticate. <u>Fondamentale importanza va data alla presenza di metastasi cerebrali. In questi casi, il giudizio sarà di NON idoneità.</u>
MALATTIE APPARATO UROGENITALE DPR 495/92 ART 320 lettera H	Certificato centro di Nefrologia (in alternativa medico curante) relativo alla patologia presentata attestante la condizione clinica, le terapie praticate ed il grado di compenso; nel caso di terapia dialitica indicare la frequenza settimanale delle sedute.	In caso di trattamento dialitico, o di pregresso trapianto renale (che rappresentano le evenienze più frequenti) il controllo andrebbe effettuato al massimo dopo due anni
PATENTI GRUPPO 2 >60/>65 + attestato d'idoneità art.115 CdS	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi di Reazione <p>Consigliabile anche il certificato anamnestico del medico curante e visita cardiologica con ECG</p>	Le patenti di cat. C1,C1E, C, CE sono valide per cinque anni fino al compimento del sessantacinquesimo anno d'età e, oltre tale limite di età, per <u>due anni</u> , previo accertamento dei requisiti fisici e psichici presso <u>CML</u> (superati i 65 anni le patenti di cat.C e CE abilitano alla guida di veicoli di massa complessiva a pieno carico non superiore a 20 t.). Dai 65 anni ai 68 per poter guidare veicoli per i quali è richiesta labilitazione di categoria C e CE <u>superiori alle 20t. a pieno carico</u> è necessario acquisire <u>specifico attestato</u> sui requisiti fisici e psichici a seguito di visita medica specialistica <u>annuale</u> presso <u>CML</u> . (Dlgs. 59/11 art.13 comma 3 e Nuovo Codice della strada art.115 comma 2 punto a).

		<p>Le patenti di cat. D1, D1E, D, DE, sono valide per 5 anni e per tre anni a partire dal settantesimo anno di età. Al compimento del <u>sessentesimo</u> anno di età le patenti di categoria D1, D1E, D e DE abilitano alla guida solo dei veicoli per i quali è richiesto il possesso della patente di <u>cat. B o BE</u>. Dopo il compimento del <u>sessentesimo</u> anno d'età e fino al compimento del <u>sessantottesimo</u> anno d'età, per poter continuare a guidare i veicoli che necessitano di abilitazione D, DE è necessario che il conducente consegua uno <u>specifico attestato</u> sui requisiti fisici e psichici a seguito di visita medica specialistica annuale presso <u>CML</u>. (Dlgs. 59/11 art.13 comma 4 e Nuovo Codice della strada art.115 comma 2 punto b).</p>
DEFICIT REQUISITI VISIVI Dlgs. 59/2011 all. 3° lettera A	<p>I requisiti visivi previsti dalla vigente normativa (visus naturale e corretto, visione binoculare, sensibilità al contrasto e all'abbagliamento, visione crepuscolare, campo visivo) sono accertati dalla Commissione in sede di visita con metodi empirici e con strumentario di base a disposizione. Qualora sia presente una patologia oculistica rilevante o se ne sospetti la presenza, la CML richiederà un accertamento oculistico, specialistico che si avverrà del supporto di specifiche indagini strumentali (campo visivo –OCT etc.)</p>	<p>Per i conducenti appartenenti al gruppo 1 che non soddisfano le norme riguardanti il campo visivo e l'acutezza visiva, il rilascio della patente può essere autorizzato da parte della Commissione medica locale in "casi eccezionali", correlati alla situazione visiva del conducente, ponendo limitazioni riguardo alla guida. In questi casi il conducente deve essere sottoposto a visita dalla Commissione che verifica, avvalendosi di accertamenti da parte di medico specialista oculista.</p> <p>La documentazione sanitaria inerente agli accertamenti posti a base del giudizio espresso dovrà restare agli atti per almeno cinque anni.</p> <p>Patenti Gruppo1</p> <p>Per rilascio o il rinnovo della patente di guida deve possedere un'acutezza visiva binoculare complessiva, anche con correzione ottica, se ben tollerata, di almeno 7/10, raggiungibile sommando l'acutezza visiva posseduta da entrambi gli occhi, purchè il visus nell'occhio che vede peggio non sia inferiore a 2/10.</p>

	<p>Il campo visivo binoculare posseduto deve consentire una visione in orizzontale di almeno 120 gradi, con estensione di non meno di 50 gradi verso destra o verso sinistra e di 20 gradi verso l'alto e verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 20 gradi di rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare, un idoneo tempo di recupero dopo abbagliamento e un'adatta sensibilità al contrasto, in caso di insufficienza di tali due ultime funzioni la Commissione medica locale può autorizzare la guida solo alla luce diurna. Qualora sia rilevata o dichiarata una malattia degli occhi progressiva, la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata dalla Commissione con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna. Per i monocoli, organico o funzionale, l'acutezza visiva dell'occhio superiore deve essere di almeno 8/10, raggiungibile anche con lente correttiva se ben tollerata. Nel caso in cui uno o più requisiti non sono presenti il giudizio viene demandato alla Commissione medica locale che, dopo consulenza oculistica, valuta con estrema cautela se la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata, eventualmente con validità limitata nella durata in caso di patologie evolutive e eventuale limitazione per la guida notturna. A seguito di diplopia sviluppata recentemente o della perdita improvvisa della visione in un occhio, ai fini del raggiungimento di un adattamento adeguato non è consentito guidare per un congruo periodo di tempo, da valutare da parte di medico specialista oculista; trascorso tale periodo, la guida può essere autorizzata dalla Commissione medica locale, acquisito il parere di uno specialista oculista, eventualmente con prescrizione di validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna.</p>
--	---

		<p>Patenti del Gruppo 2</p> <p>Per rilascio o al rinnovo della patente di guida si deve possedere una visione binoculare con un'acutezza visiva, se del caso raggiungibile con lenti correttive, di almeno 8/10 per l'occhio più valido e di almeno 4/10 per l'occhio meno valido raggiungibile anche con lenti correttive con correzione non superiore alle otto diottrie come equivalente sferico o mediante lenti a contatto anche con potere diottrico superiore. La correzione deve risultare ben tollerata.</p> <p>Il campo visivo orizzontale binoculare posseduto deve essere di almeno 160 gradi, con estensione di 80 gradi verso sinistra e verso destra e di 30 gradi verso l'alto e 30 verso il basso.</p> <p>Non devono essere presenti binocularmente difetti in un raggio di 30 gradi di rispetto all'asse centrale.</p> <p>La patente di guida non deve essere rilasciata o rinnovata al candidato o al conducente che presenta significative alterazioni della visione crepuscolare e della sensibilità al contrasto e una visione non sufficiente dopo abbagliamento, con tempo di recupero non idoneo anche nell'occhio con risultato migliore o diplopia.</p> <p>A seguito della perdita della visione da un occhio o di gravi alterazioni delle altre funzioni visive che permettevano l'idoneità alla guida o di insorgenza di diplopia deve essere prescritto un periodo di adattamento adeguato, non inferiore a sei mesi, in cui non è consentito guidare. Trascorso tale periodo la Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista può consentire la guida con eventuali prescrizioni e limitazioni.</p>
--	--	---

*EPILESSIA¹⁴

1. Le crisi epilettiche o le altre alterazioni improvvise dello stato di coscienza costituiscono un pericolo grave per la sicurezza stradale allorché sopravvengono al momento della guida di un veicolo a motore. La valutazione pertanto dovrà essere fatta con particolare attenzione da parte della Commissione medica locale.

Per "epilessia" si intende il manifestarsi di due o più crisi epilettiche non provocate, a distanza di meno di cinque anni l'una all'altra.

Per "crisi epilettica provocata" si intende una crisi scatenata da una causa identificabile e potenzialmente evitabile.

E' richiesto il parere di uno specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, che deve specificare il periodo di interdizione alla guida.

È estremamente importante identificare la sindrome epilettica specifica per valutare correttamente il livello di sicurezza rappresentato dal soggetto durante la guida (compreso il rischio di ulteriori crisi) e definire la terapia più adeguata. La valutazione deve sempre essere effettuata da uno **specialista in neurologia o in disciplina equipollente**.

Le persone che sono considerate clinicamente guarite su certificazione rilasciata da uno specialista in neurologia (o disciplina equipollente) e **non hanno presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico, non sono più soggette a restrizioni o limitazioni sia per la paziente di tipo 1 che di tipo 2**.

- I soggetti **liberi da crisi da almeno 5 anni ma che risultino tuttora in trattamento** saranno ancora sottoposti a controlli periodici da parte della Commissione medica locale che stabilirà la durata del periodo di idoneità dopo aver acquisito la certificazione emessa dallo specialista in neurologia o disciplina equipollente **per le patenti del gruppo 1**.
- I soggetti liberi da **crisi da almeno 10 anni ma ancora in trattamento non è previsto** il conseguimento/rinnovo della **patente del gruppo 2**.

Tutta la documentazione sanitaria dovrà restare agli atti della Commissione medica locale per almeno dieci anni.

Patenti del gruppo 1

La patente di guida di un conducente con epilessia del gruppo 1 deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale

finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche in assenza di terapia. I soggetti affetti da epilessia non soddisfano i criteri per una patente di guida senza restrizioni. **Vi è obbligo di segnalazione, ai fini delle limitazioni al rilascio o della revisione di validità della patente di guida, all'Ufficio della Motorizzazione civile dei soggetti affetti da epilessia** da parte di Enti o Amministrazioni che per motivi istituzionali di ordine amministrativo previdenziale, assistenziale o assicurativo abbiano accertato l'esistenza di tale condizione (per esenzione dalla spesa sanitaria, riconoscimento di invalidità civile, accertamenti dei servizi medico legali, ecc).

Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile, con scarsa probabilità che si ripeta al volante, può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale, subordinatamente a un parere neurologico (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).

Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di sei mesi senza crisi, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata. Il periodo di osservazione dovrà essere protratto finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche.

Altri tipi di perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida.

Epilessia: il conducente o il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista neurologo, di un anno senza ulteriori crisi.

Crisi esclusivamente durante il sonno: il candidato o il conducente che soffre di crisi esclusivamente durante il sonno può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi durante la veglia, è richiesto un periodo di **un anno** senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").

Crisi senza effetti sullo stato di coscienza o sulla capacità di azione: il candidato o il conducente che soffre esclusivamente di crisi a proposito delle quali è dimostrato che non incidono sullo stato di coscienza e che non causano incapacità funzionale, può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferio-

re al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi di natura diversa, è richiesto un periodo di **un anno** senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").

Crisi dovute a modificazioni o a riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico: al paziente può essere raccomandato di non guidare per un periodo di sei mesi dall'inizio del periodo di sospensione del trattamento. In caso di crisi che si manifestano nel periodo in cui il trattamento medico è stato modificato o sospeso per decisione del medico, il paziente deve essere sospeso dalla guida per tre mesi se il trattamento efficace precedentemente applicato viene nuovamente applicato.

Dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia: il conducente o il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista, **di un anno senza ulteriori crisi**.

Patenti del gruppo 2

Per il rilascio il candidato non deve assumere terapia con farmaci antiepilettici e non aver avuto crisi per un periodo di dieci anni. Deve essere stato effettuato un controllo medico appropriato con un approfondito esame neurologico che non ha rilevato alcuna patologia cerebrale e alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma.

Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile con scarsa probabilità di ripetizione durante la guida può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale per veicoli ad uso privato e **non per trasporto terzi**, subordinatamente a un parere neurologico. Dopo l'episodio acuto è opportuno eseguire un EEG e un esame neurologico adeguato.

Un soggetto con una lesione strutturale intracerebrale che presenta un rischio accresciuto di crisi **non deve guidare veicoli appartenenti al gruppo 2**.

Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un **periodo di dieci anni senza ulteriori crisi e terapia antiepilettica**, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata.

Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).

Epilessia: devono trascorrere dieci anni senza crisi epilettiche, senza l'assunzione di farmaci antiepilettici e senza alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG). La stessa regola si applica anche in caso di epilessia dell'età pediatrica. In questi casi la Commissione dovrà stabilire una validità limitata che non potrà essere superiore a due anni.

Determinati disturbi (per esempio malformazione arterio-venosa o emorragia intracerebrale) comportano un aumento del rischio di crisi, anche se le crisi non si sono ancora verificate.

In tal caso ai fini del rilascio della patente di guida, la Commissione medica locale dovrà attentamente valutare tale rischio, stabilendo un opportuno periodo di verifica, con validità della possibilità di guidare non superiore a 2 anni ove non diversamente disposto.

CONCETTI DI GUIDA IN STATO PSICOFISICO ALTERATO

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ritiene che circa il 35-40% degli incidenti stradali sia dovuto alla guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti; purtroppo i dati raccolti dalle fonti ufficiali non sono completi e precisi per avere una stima veritiera del fenomeno.

In questo capitolo verrà affrontato il tema della guida in stato psicofisico alterato dopo l'assunzione di sostanze psicoattive; secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sono sostanze psicoattive tutte quelle che, se assunte o somministrate nel proprio organismo, influenzano i processi mentali; queste vengono classificate in tre grandi gruppi:

- sostanze psicoattive a uso terapeutico: medicinali che agiscono sul sistema nervoso centrale (SNC), come sonniferi, tranquillanti, psicofarmaci, anestetici e alcuni antidolorifici;
- droghe legali: sostanze il cui utilizzo è normalmente ammesso dalla legislazione di diversi paesi, come alcol, nicotina, caffeina, ecc.;
- droghe illecite: sostanze la cui produzione e commercializzazione sono proibiti nella maggior parte dei paesi, come ad esempio oppiacei, cannabinoidi, allucinogeni, ipnotici, inalati, sedativi, cocaina, ecc.

L'alcol e le sostanze stupefacenti alterano la capacità di guidare agendo direttamente sulle funzioni necessarie per mettere in atto una complessa attività di attenzione e vigilanza.

Nei paragrafi successivi verranno descritti gli effetti dell'uso dell'alcol e delle sostanze stupefacenti alla guida e i dati relativi alle violazioni del Codice della Strada relativi a questo fenomeno.

CONSIDERAZIONI IN MERITO ALL'ABUSO DI ALCOL ED AI SUOI EFFETTI SULLA GUIDA

L'alcol è una sostanza psicoattiva, tossica, potenzialmente cancerogena e con la capacità di indurre dipendenza; l'alcol per uso alimentare è solo l'etanolo (alcol etilico) e si ottiene dalla fermentazione operata dai lieviti in un mezzo contenente zucchero o amido.

Viene classificato tra i depressori non selettivi del sistema nervoso centrale, perché a dosi crescenti induce alterazioni comportamentali progressive, che vanno da un effetto ansiolitico e disinibente a uno sedativo-ipnotico, sino al coma e alla morte per depressione dei centri respiratori e cardio-circolatori cerebrali.

A basse dosi l'alcol produce un effetto stimolante e euforizzante, dovuto alla depressione dei neuroni inibitori, che può portare a una diminuita percezione del pericolo e ad una sopravvalutazione delle proprie capacità.

All'aumentare del dosaggio, invece, provoca un'azione depressiva sul SNC che determina un rallentamento dei processi mentali, concretizzato in:

- riduzione della concentrazione,
- riduzione della capacità di reagire a eventi inattesi,
- allungamento dei tempi di reazione e aumento della stanchezza,
- riduzione della capacità di coordinare l'informazione visiva con movimenti manuali.

Tali effetti provocano seri problemi soprattutto quando si svolgono attività che richiedono particolare vigilanza, come la guida di un veicolo.

L'alcol etilico è una sostanza idrosolubile che ha un basso peso molecolare, elevata diffusibilità, elevata liposolubilità, per questo viene assorbito direttamente dalla mucosa gastrica ed intestinale (soprattutto dalla prima parte dell'intestino); la rapidità d'assorbimento (a 5 minuti dall'assunzione ne può essere già dimostrata la presenza nel sangue) dipende, oltre che dalla concentrazione e quantità di alcol assunto, dallo stato di ripienezza gastrica e dalla qualità del bolo gastrico; la massima concentrazione plasmatica raggiunge i valori massimi in un periodo che va da 15 ai 30 minuti se lo stomaco è vuoto, mentre da 1 a 2 ore quando questo è pieno.

L'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), nelle sue linee guida per una sana alimentazione considera moderata, in accordo con le indicazioni dell'OMS, una quantità giornaliera di alcol equivalente a non più di 2-3 unità alcoliche per l'uomo, non più di 1-2 unità alcoliche per la donna e non più di 1 unità alcolica per l'anziano; la raccomandazione di bere moderatamente riguar-

da solo gli adulti, bambini e adolescenti non devono bere per niente.

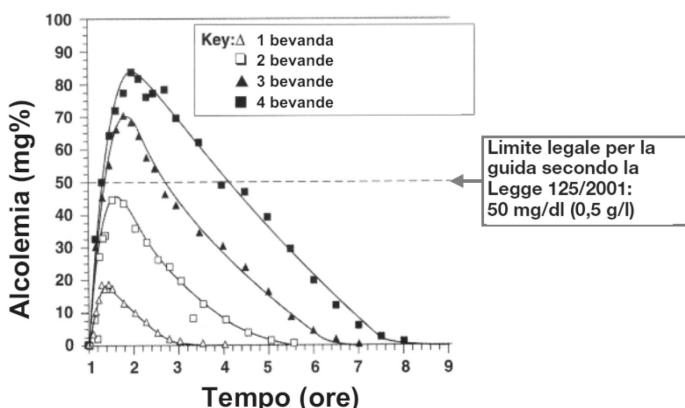
Una unità alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo, che sono contenuti in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino a media gradazione, in una lattina o bottiglia di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico (figura 8).



1 bicchiere = 1 unità = 12 grammi di alcol

Figura 8 – Bevande corrispondenti a 1 U.A.

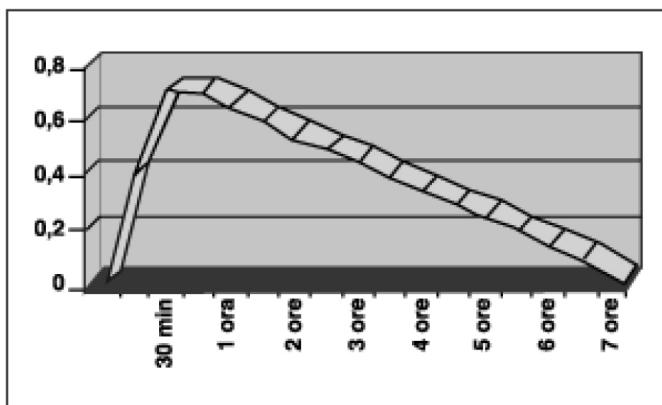
Nel grafico 1 vengono illustrate le curve alcolemiche dopo l'assunzione progressiva di un numero crescente di bevande alcoliche, come si può notare il consumo di una sola bevanda non supera i limiti consentiti dalla legge per la guida in stato di ebbrezza, mentre questo certamente avviene con l'assunzione di più bevande; inoltre l'alcolemia è influenzata non solo dalle unità alcoliche assunte, ma anche dal sesso del soggetto, dall'età e dalla propria abitudine al consumo di alcol.



Fonte: Sostanze d'abuso e sicurezza stradale, Regione Autonoma della Sardegna 2009.

Grafico 1 – Consumo di alcol e alcolemia.

Una volta assorbito, l'alcol si distribuisce in tutti i tessuti e liquidi dell'organismo in rapporto alla componente acquosa che li caratterizza; l'organismo provvede, quindi, alla sua graduale eliminazione sia in modo diretto sia attraverso processi di trasformazione biochimica. La massima parte (più del 90%) dell'intero quantitativo d'alcol assunto, viene trasformata dal fegato, ad opera principalmente, dell'alcol deidrogenasi epatica (enzima ADH); mentre il 2-10 % viene eliminato da reni, polmoni, sudore, saliva e lacrime. L'alcolemia, una volta raggiunti i valori massimi, tende a diminuire a velocità costante; la curva alcolemica è quindi caratterizzata da una rapida ascesa con un picco durante l'assorbimento, e da una lenta discesa durante la fase di degradazione (figura 9). La capacità di metabolizzazione risente di vari parametri, quali: sesso, età, etnia, presenza di patologie epatiche, abitudine al bere ed efficienza individuale del corredo enzimatico; questa non è completamente efficiente prima dei 21 anni ed è inefficiente sino ai 16 anni; dopo i 65 anni si perde gradualmente la capacità di smaltire l'alcol e, nel sesso femminile, è sempre la metà, a tutte le età, rispetto alle capacità maschili; per questa ragione alcune persone sono più vulnerabili agli effetti dell'alcol.



Fonte:<http://www.aci.it/laci/sicurezza-stradale/alcool-e-guida/cosa-ce-dasapere.html>

Figura 9 – Schema curva alcolemica teorica.

L'introduzione di bevande alcoliche nell'organismo provoca uno stato di intossicazione acuta, tanto più grave quanto maggiore è la quantità di alcol assorbito, il soggetto può passare da una condizione di ebbrezza alcolica sino alla vera e propria ubriachezza.

L'intossicazione etilica acuta si divide in fasi:

1. la prima fase è caratterizzata da euforia, eccitazione, disinibizione, loquacità, simpatia, sensazione di caldo (dovuta alla vasodilatazione) caratterizzata da aumento della salivazione e della secrezione gastrica;
2. la seconda è quella dell'intossicazione: si perde la capacità di coordinare i movimenti, spesso si perde l'equilibrio, con ritardo dei tempi di reazione, compare un rallentamento psico-motorio con parola strascicata;
3. la terza è la fase ipnotica, caratterizzata da molta confusione, irritabilità, agitazione, sonno, nausea, vomito e cefalea;
4. la quarta fase è "anestetica", caratterizzata da forte stupore, si dicono parole senza senso, si riduce notevolmente la lucidità, si perde la forza muscolare, non si controlla lo stimolo a urinare, si ha difficoltà nel respirare;
5. la quinta fase è caratterizzata da uno stato stuporoso o di coma franco, la cute è fredda, la temperatura corporea abbassata, il respiro lento e rumoroso, compaiono anche segni di tachicardia, si può arrivare allo shock cardiovascolare fino alla morte.

La misura dell'alcol presente in un organismo può essere fatta secondo diverse unità di misura, le più utilizzate sono:

- BAC (Blood alcohol concentration) concentrazione di alcol nel sangue,
- BRAC (Breath ratio alcohol concentration) concentrazione di alcol misurato nell'aria espirata.

A livello internazionale il BAC è l'unità di misura più utilizzata ed è espressa in grammi/litro (g/L) oppure in mg/100 ml.

Gli effetti negativi dell'alcool sulla guida sono strettamente legati al tasso alcolemico; i primi effetti si cominciano a riscontrare già con valori di 0,2 g/L, ad esempio nella capacità di suddividere l'attenzione tra due o più fonti di informazioni e nell'interazione con la stanchezza; con un tasso di 0,5 g/L cominciano ad essere compromessi il campo visivo laterale, i tempi di reazione, la resistenza all'abbigliamento, il coordinamento psicomotorio. Con un tasso di 0,8 g/L i sintomi precedenti si aggravano e viene compromessa anche la capacità di valutazione delle distanze, l'attenzione cala in modo notevole, diminuisce la sensibilità alla luce rossa. Ad un tasso di 1 - 1,2 g/L i sintomi precedenti si aggravano, la visione laterale è fortemente compromessa, come pure la percezione delle distanze e della velocità di movimento degli oggetti. A tassi tra 1,5 e 2 g/L tutti i sintomi precedenti sono in misura esagerata, con la completa sottovalutazione dei pericoli, lo scoordinamento dei movimenti, reazioni fortemente rallentate, sonnolenza.

Nella tabella 3 fornita dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS vengono descritti i principali sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica.

LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA: 0,5 GRAMMI per LITRO

Concentrazione di alcol nel sangue (g/L)	Sensazioni più frequenti (*)	Effetti progressivi e abilità compromesse (*)
0	Nessuna	Nessuna
0.1-0.2	Iniziale sensazione di ebbrezza Iniziale riduzione delle inibizioni e del controllo	Affievolimento della vigilanza, attenzione e controllo Iniziale riduzione del coordinamento motorio Iniziale riduzione della visione laterale Nausea
0.3-0.4	Sensazione di ebbrezza. Riduzione delle inibizioni, del controllo e della percezione del rischio	Riduzione delle capacità di vigilanza, attenzione e controllo Riduzione del coordinamento motorio e dei riflessi Riduzione della visione laterale Vomito

0.5 g/L : LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA

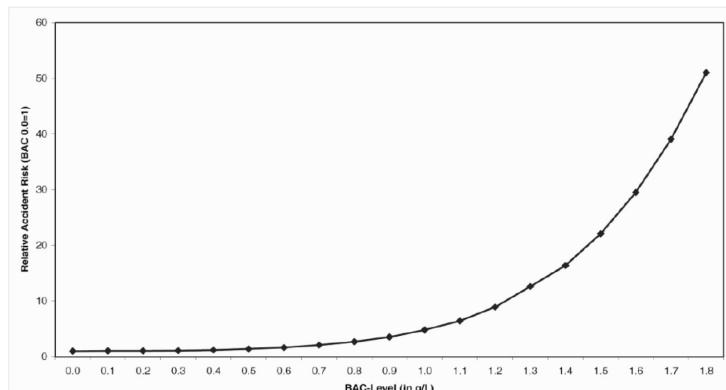
0.5-0.8	Cambiamenti dell'umore Nausea, sonnolenza Stato di eccitazione emotiva	Riduzione della capacità di giudizio Riduzione della capacità di individuare oggetti in movimento e della visione laterale Riflessi alterati Alterazione delle capacità di reazione agli stimoli sonori e luminosi Vomito
0.9-1.5	Alterazione dell'umore Rabbia Tristezza Confusione mentale, disorientamento	Compromissione della capacità di giudizio e di autocontrollo Comportamenti socialmente inadeguati Linguaggio mal articolato Alterazione dell'equilibrio Compromissione della visione, della percezione di forme, colori, dimensioni Vomito
1.6-3.0	Stordimento Aggressività Stato depressivo Apatia Letargia	Compromissione grave dello stato psicofisico Comportamenti aggressivi e violenti Difficoltà marcata a stare in piedi o camminare Stato di inerzia generale Ipotermia Vomito
3.1- 4.0	Stato di incoscienza	Allucinazioni Cessazione dei riflessi Incontinenza Vomito Coma con possibilità di morte per soffocamento da vomito
Oltre 4	Difficoltà di respiro, sensazione di soffocamento Sensazione di morire	Battito cardiaco rallentato Fame d'aria Coma Morte per arresto respiratorio

(*) A parità di quantità di alcol assunto, sensazioni ed effetti sono estremamente variabili da soggetto a soggetto, con possibilità di manifestazioni anche opposte tra di loro; in tabella sono riportati sensazioni ed effetti più frequentemente rilevati.

Fonte: <http://www.epicentro.iss.it/>

Tabella 3 – Tabella descrittiva dei principali sintomi correlati alla concentrazione alcolemica.

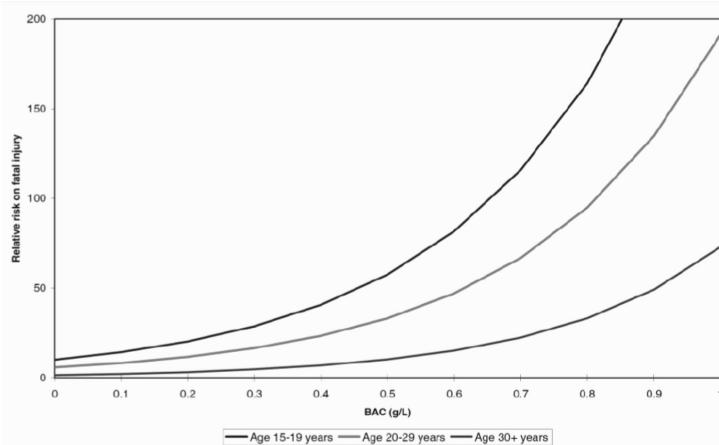
Le quantità consumate di alcol e i livelli di alcol nel sangue giocano un ruolo determinante sul livello del rischio a cui ci si espone mettendosi alla guida dopo aver bevuto quantità anche moderate di bevande alcoliche. Nello studio caso-controllo di Compton (2002) il rapporto fra il tasso di incidentalità relativo e il livello BAC è esponenziale. Dal grafico 3 si può concludere che, per esempio, il tasso di incidentalità per chilometro percorso da un conducente con 0,8 g/L nel sangue è circa 2,7 volte superiore rispetto al tasso di un conducente sobrio. La curva che indica il coinvolgimento nei soli incidenti mortali è differente dalla curva relativa agli incidenti in generale; il tasso relativo di incidentalità per un conducente con un tasso alcolemico di 1,5 g/L è circa 22, ma con la stessa quantità di alcol nel sangue il tasso relativo di incidentalità per gli incidenti mortali arriva a circa 200. Quindi lo studio evidenzia che con l'aumento del livello alcolemico nel sangue aumenta non solo il tasso d'incidentalità ma anche la gravità.



Fonte: Centro Regionale Monitoraggio Sicurezza Stradale Lazio "Rapporto Alcol" pag.14.

Grafico 2 – *Tasso relativo per i conducenti in stato di ebbrezza di esser coinvolti in un incidente in rapporto alla crescita del loro livello BAC.*

Inoltre il rischio relativo di essere coinvolto in un incidente stradale ha un aumento esponenzialmente più elevato tra i giovani guidatori rispetto a quelli adulti (Keall et al 2004, grafico 3).



Fonte: Centro Regionale Monitoraggio Sicurezza Stradale Lazio "Rapporto Alcol" pag.15.

Grafico 3 – Tasso di mortalità relativo e livello BAC per fasce di età.

Essendo i giovani guidatori maggiormente esposti a rischio di incidenti stradali, il Codice della Strada impone una concentrazione di alcol nel sangue pari allo zero per i minori di 21 anni e per i neopatentati.

CONSIDERAZIONI IN MERITO ALL'ABUSO DI SOSTANZE PSICOATTIVE E PSICOTROPE E AI LORO EFFETTI SULLA GUIDA

Per sostanza stupefacente si intende ogni sostanza psicotropa o psicoattiva, di origine naturale o sintetica, suscettibile o no di applicazione terapeutica, usata a scopo non medico e che, pertanto, può divenire, a seconda della natura dei suoi effetti, della via di somministrazione, del dosaggio, della frequenza d'assunzioni, delle finalità del soggetto assuntore, fattore tossico e nocivo all'individuo, alla società o ad entrambi. Le droghe modificano, esaltando o deprimendo, le condizioni psichiche della persona, inducendo assuefazione, dipendenza e disturbo di astinenza.

Le sostanze psicotrope o psicoattive possono essere classificate in relazione a:

- effetti che producono, e quindi possono essere:
 - depressive (psicolettici)
 - stimolanti (psicoanalettici)
 - psicodislettiche
 - psichedeliche

- tipologia o composizione chimica:
 - oppiacei
 - cocaina
 - Allucinogeni
 - Cannabinoidi (naturali e sintetici)
 - Amfetamine e derivati
 - Ecstasy e MDMA
 - Psicofarmaci
 - Inhalati
 - Altro.

In base alle modalità di assunzione delle sostanze psicoattive si distingue:

- uso non patologico: in modica quantità senza fenomeno di abuso;
- abuso: uso continuo e ricorrente nonostante la consapevolezza di avere un problema di natura sociale, lavorativa, psichica o fisica causato o accentuato dall'uso della sostanza psicoattiva;
- dipendenza: scarsa capacità di controllo nei confronti della sostanza assunta nonostante il manifestarsi di conseguenze avverse;
- tolleranza: necessità di aumentare la dose della sostanza per ottenere lo stesso effetto perché questo risulta progressivamente minore alla stessa dose;
- astinenza: comparsa di segni e sintomi alla brusca sospensione della sostanza psicotropa.

L'OMS definì con il termine di *drug addiction* (tossicomania): "stato di periodica o cronica intossicazione, negativa per l'individuo e per la società, prodotto dalla ripetuta assunzione di sostanze farmacologicamente attive", e con il termine *drug habituation* (abitudine): "desiderio di assumere ripetutamente la sostanza senza che si vengano a creare le caratteristiche negative mostrate dall'addiction, né gli effetti deterioranti per l'individuo e per la società".

La toxicodipendenza è caratterizzata da:

- il desiderio invincibile di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo;
- la tendenza ad aumentare la dose per ottenere gli stessi effetti (toleranza);
- la dipendenza psichica e poi eventualmente fisica dagli effetti della sostanza;
- la grave compromissione della salute, della vita di relazione e della validità individuale.

Si passa così dal piano del desiderio a quello del bisogno, che condiziona a tal punto il comportamento, da annientare ogni possibilità di libera scelta: lo

stato di schiavitù psichica e fisica è incorreggibile per mezzo dei soli poteri volitivi individuali.

La dipendenza può essere di due forme:

- dipendenza psichica: uno stato di malessere o di sofferenza del soggetto che si realizza sul piano emozionale, per effetto della privazione della sostanza chimica cui è stato ripetutamente esposto e che si attenua o scompare con la successiva assunzione. Tra gli effetti della deprivazione vi è anche l'impulso a procacciarsi la droga, come conseguenza delle sensazioni soggettive di instabilità psichica. La dipendenza psichica può esistere anche in assenza di quella fisica; tale dipendenza si può realizzare per qualsiasi sostanza, indipendentemente dal fatto che sia stata originariamente usata a scopo terapeutico o no.
- Dipendenza fisica: consiste in un'alterata condizione fisiologica che provoca la necessità di una continua somministrazione della sostanza per prevenire le manifestazioni acute da carenza. Si accompagna sempre alla tolleranza, ma non sempre si verifica il contrario; è peculiare di poche sostanze fra cui gli oppioidi, alcuni antagonisti dei narcotici, l'alcol etilico ed alcuni ipnotici e psicofarmaci. Da una prima assunzione casuale o terapeutica, si passa presto ad un abuso ed alla dipendenza psico-fisica.

Il D.P.R. n. 309/90 Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, recepisce le indicazioni delle convenzioni internazionali e regola la materia degli stupefacenti, in modo da consentire l'uso lecito dei medicinali e perseguire l'abuso e il traffico illecito delle sostanze; il T.U. stabilisce che le sostanze stupefacenti o psicotrope, sottoposte alla vigilanza ed al controllo del Ministero della Salute, siano raggruppate in cinque tabelle, sottoposte a continuo aggiornamento.

In modo sintetico le tabelle comprendono:

- Tabella I
 - oppio e derivati oppiacei (morphina, eroina, metadone ecc.)
 - foglie di coca e derivati
 - amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs)
 - allucinogeni (dietilammide dell'acido lisergico - LSD, mescalina, - psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.).
- Tabella II
 - cannabis
- Tabella III
 - barbiturici

- Tabella IV
 - benzodiazepine
- Tabella dei medicinali

Nella Tabella dei medicinali sono inserite le sostanze attive che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia e le relative preparazioni farmaceutiche. La tabella è suddivisa in cinque sezioni indicate con le lettere A, B, C, D ed E dove sono distribuiti i medicinali in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso.

Gli effetti dell'assunzione di sostanze stupefacenti sull'organismo variano a seconda del tipo di sostanze, della quantità di principio attivo contenuto in ogni dose, della concentrazione e delle condizioni individuali di chi ne fa uso. Tutte le sostanze psicotrope e psicoattive, agendo sul sistema nervoso centrale con effetto depressivo, stimolante o psicodislettico determinano effetti negativi sulla guida, influenzandone la sicurezza. Sintomatologia ed effetti clinici variano decisamente in base alle sostanze utilizzate:

- Depressori del SNC: determinano sintomi evidenti legati al rallentamento delle funzioni psico-motorie;
- Psicodislettici: provocano sintomi relativamente manifesti di tipo comportamentale;
- Stimolanti del SNC: hanno ridotti effetti sintomatici manifesti e possono determinare aspetti clinici molto più sfumati, ma non per questo meno pericolosi.

Vengono elencati nelle tabelle di seguito gli effetti delle principali sostanze d'abuso sulla guida di un veicolo.

Effetti dei Depressori del Sistema Nervoso Centrale sulla guida	
Oppiacei - Psicofarmaci	- alterazione dello stato di coscienza e di vigilanza
	- rallentamento psicomotorio e dei riflessi
	- Aumento dei tempi di reazione semplici e complessi
Sedativi (Benzodiazepine)	- a basso dosaggio: effetto anti-anxia, disinibitorio ma con rallentamento delle funzioni motorie
	- a medio dosaggio: effetto simil-alcolico
	- Ad alto dosaggio: facilita il sonno, grave rallentamento psicomotorio
Barbiturici	- a basso dosaggio: effetto disinibitorio (mancanza di controllo sulle proprie azioni)
	- a medio ed alto dosaggio: effetto simil-alcolico e facilita il sonno con netto rallentamento delle capacità psicomotorie (rallentamento del pensiero e del movimento)
Antidepressivi	- Rallentamento dei riflessi e dei tempi di reazione semplici e complessi

Effetti degli psico-dislettici o dispercettivi sulla guida	
MDMA e prodotti simili-ecstasy	- effetti di tipo amfetaminico
	- effetti di tipo mescalínico quali disturbo dello stato di vigilanza, fenomeni allucinatori visivi, confusione mentale
	- alterazioni profonde delle percezioni sensoriali, visive, uditive, olfattive e tattili
	- confusione mentale con stato onirico
	- <i>flash-back</i> improvvisi disabilitanti anche a lunga distanza dalla più recente assunzione
Cannabinoidi	- alterazioni della percezione sensoriale visiva ed uditiva con fenomeni di illusioni ed allucinazioni (macchie di colore figurate, alterazioni di intensità delle luci, colori, suoni)
	- dilatazione dello spazio e dell'orizzonte con distorsione delle distanze reali degli oggetti (profondità di campo)

Effetti degli Stimolanti del Sistema Nervoso Centrale sulla guida		
	Fase on (a completo effetto della sostanza)	Fase off (alla fine dell'effetto della sostanza):
Cocaina	Fase on (a completo effetto della sostanza) esaltazione del tono dell'umore (eccitazione) con sottovalutazione dei pericoli; sensazione di omnipotenza alla guida "sono il padrone della strada"; illusioni visive colorate o acustiche	Fase off (alla fine dell'effetto della sostanza): esaurimento psicosistico con malessere generale, ansia e nervosismo; attacchi di sonno improvviso
Amfetamine	Fase on (completo effetto della sostanza) eccitazione ed aggressività alla guida con annullamento temporaneo del senso di fatica; tremore o diminuzione della coordinazione dei movimenti	Fase off (alla fine dell'effetto della sostanza) improvviso crollo psicosistico ("il buio") con collasso cardio-circolatorio; crisi di sonno improvvise

Effetti degli Stimolanti del Sistema Nervoso Centrale sulla guida		
	Fase on (a completo effetto della sostanza)	Fase off (alla fine dell'effetto della sostanza):
Cocaina	Fase on (a completo effetto della sostanza) esaltazione del tono dell'umore (eccitazione) con sottovalutazione dei pericoli; sensazione di omnipotenza alla guida "sono il padrone della strada"; illusioni visive colorate o acustiche	Fase off (alla fine dell'effetto della sostanza): esaurimento psicosistico con malessere generale, ansia e nervosismo; attacchi di sonno improvviso
Amfetamine	Fase on (completo effetto della sostanza) eccitazione ed aggressività alla guida con annullamento temporaneo del senso di fatica; tremore o diminuzione della coordinazione dei movimenti	Fase off (alla fine dell'effetto della sostanza) improvviso crollo psicosistico ("il buio") con collasso cardio-circolatorio; crisi di sonno improvvise

Tabella 4 – Effetti delle sostanze stupefacenti sulla guida.

NORMATIVE DI RIFERIMENTO

¹ D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa, e successive modifiche ed integrazioni

² D.M. 29 luglio 2008, n. 146 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 22 settembre 2008, n. 222), Regolamento di attuazione dell'articolo 65 del decreto legislativo 18 luglio 2005, n. 171, recante il codice della nautica da diporto

³ Legge 29 Luglio 2010, N. 120 recanti disposizioni in materia di sicurezza stradale

⁴ Decreto Ministero Infrastrutture e Trasporti 08 settembre 2010 Applicazione delle modifiche all'articolo 115 del codice della strada, introdotte dall'articolo 16, comma 1, lettera b) e c) della legge 29 luglio 2010, n. 120

⁵ Circolare DGPREV Uff. II/P/46247-P-05/I.4.C.D.2.2 del 5 novembre 2010 "Parere quesiti applicativi comma 2 ter e comma 3 art.119 Codice della strada"

⁶ Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti 1353/8.3 del 14 gennaio 2011 (in conseguenza dei nuovi parametri di valutazione dei requisiti visivi, determina l'abolizione delle patenti speciali delle categorie A,B,C e D)

⁷ Allegato III del decreto legislativo n. 59 del 18/04/2011 che sostituisce l'Allegato II dell'Art. 320 del regolamento di attuazione del Codice della strada

⁸ DM 21 gennaio 2014 - Contenuti della relazione medica per l'accertamento dell'idoneità alla guida

⁹ Decreto Ministero Infrastrutture e Trasporti del 31 gennaio 2011 "Modalità di trasmissione della certificazione medica per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida"

¹⁰ Decreto 19 dicembre 2012 Aggiornamento degli importi delle tariffe e dei diritti spettanti al Ministero della salute per le prestazioni rese a richiesta ed utilità dei soggetti(G.U. Serie Generale, n. 38 del 14 febbraio 2013)

¹¹ Decreto 30 novembre 2010 recepimento della direttiva comunitaria 2009/112/CE

¹² L'art. 126 del codice della strada stabilisce la durata della conferma di validità della patente di guida in base a vari criteri, ma nulla stabilisce sui casi di patente scaduta da molto tempo, di qui la possibilità per l'automobilista di rinnovare la patente di guida anche se scaduta da molto tempo. L'art. 128 cds stabilisce che è sempre disposta la revisione della patente nei casi in cui sorgano dubbi sulla sussistenza dei requisiti psico-fisici in capo al titolare del documento mentre la circolare MCTC n°16 del 1971 stabilisce le indicazioni sui criteri da adottare nei casi in cui la patente di guida fosse rimasta priva di validità, per mancato rinnovo, per un periodo più o meno lungo, ed indicava in tre anni dalla scadenza il termine massimo superato il quale diveniva opportuna la revisione della patente ai sensi dell'art 128 del codice della strada. Infine la Circ. MIT 20423 del 23/09/2014 ha esplicitamente escluso le patenti scadute da oltre 3 anni dalla nuova procedura di rinnovo telematico.

¹³ Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 28963 del 26 novembre 2013 "Validità del certificato medico rilasciato dalle Commissioni mediche locali"

¹⁴ Direttiva UE - 2009/113/CE - recante modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la patente di guida

CAPITOLO VII

CERTIFICAZIONI MEDICHE RELATIVE AI SERVIZI DI NAVIGAZIONE AEREA PER L'AVIAZIONE CIVILE

F. Torchia, A. Furia

FONTI NORMATIVE

Regolamenti europei: i requisiti tecnici e le procedure amministrative relativamente agli equipaggi dell'aviazione civile sono disciplinate dal Regolamento (UE) n. 1178/2011, modificato dal Regolamento (UE) 290/2012 e dal Regolamento 27/2019. In particolare, l'Allegato IV del Regolamento 1178/2011 (modificato dal 27/2019) riporta i requisiti per la certificazione medica all'attività di volo (Part-MED); gli allegati VI e VII del Regolamento 290/2012 riportano i requisiti per l'attività dell'Autorità nazionale, inclusa l'attività di sorveglianza medica (Part-ARA), nonché delle Organizzazioni che si occupano del rilascio delle certificazioni mediche per l'attività di volo (Part-ORA). Tutti i Regolamenti si accompagnano ad una serie di documenti approvati dall'Agenzia Europea per la Sicurezza Aerea (EASA), chiamati Acceptable Means of Compliance/Guidance Material (AMC/GM), che hanno lo scopo di definire delle linee guida per la valutazione aeromedica e i criteri di flessibilità sia per i requisiti sanitari (AMC to Part-MED), sia per l'attività dell'Autorità di sorveglianza

¹Le AMC sono criteri non vincolanti ("soft law") ma ai quali il medico che ha privilegi per rilasciare un certificato di idoneità aeromedica deve obbligatoriamente attenersi ovvero giustificare una eventuale non rispondenza attraverso apposite "Alternative Means of Compliance". In particolare per la Part-MED, l'importanza delle AMC risiede nel fatto che, attraverso questi criteri, è possibile adottare una certa flessibilità nella valutazione aeromedica di patologie che la norma considererebbe come causa di non idoneità. Ad esempio, nel caso del diabete mellito tipo 2 il Regolamento 1178/2011 (modificato dal 27/2019) prevede la non idoneità per le classi 1 e 2 se il pilota è soggetto a trattamento insulinico; applicando le AMC, lo stesso pilota può essere giudicato idoneo alla classe LAPL, con altro pilota a bordo, seguendo uno specifico protocollo di sorveglianza sotto la supervisione dell'Autorità nazionale.

(AMC to Part-ARA) e degli organi sanitari certificati (AMC to Part-ORA). L'insieme dei Regolamenti 1178/2011, 290/2012, 27/2019 e le relative AMC sono anche conosciuti come *"Regolamento Air Crew"*.

Per quanto riguarda l'attività di controllo del Traffico Aereo, questa è disciplinata dal Regolamento (UE) 340/2015, anch'esso accompagnato dalle relative Acceptable Means of Compliance¹ il cui insieme è denominato *"Regolamento ATCO"*.

Normativa nazionale: L'Ente Nazionale per l'Aviazione Civile (ENAC), è riconosciuto da EASA quale Autorità Nazionale di sorveglianza; in tale veste ha pubblicato il Regolamento *"Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche d'idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici"* (ed. 4 del 12.3.2018) e la Circolare MED-01B del 10.1.2020, allo scopo di armonizzare in ambito nazionale quanto previsto dalla normativa europea.

ORGANI SANITARI

I Regolamenti Air Crew ed ATCO hanno introdotto la figura dell'**Aero Medical Examiner (AME)**, Esaminatore Aeromedico certificato dall'ENAC per erogare le prestazioni sanitarie finalizzate al rilascio della certificazione di idoneità psicofisica per il conseguimento di una licenza o di un attestato aeronautico. Per conseguire questa certificazione il medico richiedente deve possedere la Laurea in Medicina e Chirurgia e l'abilitazione all'esercizio della professione, deve avere un titolo di specialista (oppure, in assenza del titolo formale, aver effettuato un adeguato percorso di formazione specialistica così come delineato da ENAC nella normativa nazionale) e deve aver completato una formazione di base in medicina aeronautica. La certificazione viene rilasciata da ENAC, Funzione Organizzativa di Medicina Aeronautica (Aeromedical Section) che, attraverso appositi audit, provvede a riconoscere determinati privilegi al medico richiedente, a seconda dell'ambito in cui egli desideri operare.

- **Aeromedical Center (AeMC) e SASN**

Gli AME possono operare all'interno di Aero Medical Center (AeMC), strutture pubbliche certificate da ENAC che oggi, in ambito nazionale, sono i due Istituti di Medicina Aerospaziale (IMAS) dell'Aeronautica Militare di Roma e Milano e il Centro Aeromedico Psicofisiologico di Bari, sempre dell'Aeronautica Militare. Gli AeMC sono gli unici Centri certificati per poter rilasciare il primo certificato medico – conseguimento - per le classi 1[^] e 3[^] (cioè le classi professionali di volo e di controllo del traffico aereo).

Altri AME operano all'interno di alcuni degli ambulatori specialistici del Servizio per l'Assistenza Sanitaria al personale Navigante (SASN) del Ministero

della Salute, disseminati sul territorio nazionale, che però, non facendo parte di un AeMC, possono solo effettuare i rinnovi delle classi professionali e rilasci e rinnovi di quelle non professionali.

- ***Aeromedical Examiner (AME) monocratico***

L'AME può operare anche al di fuori di strutture pubbliche, in regime monocratico libero professionale; in questi casi ENAC rilascia la prima certificazione con i privilegi limitati alle classi 2/LAPL/Cabin Crew e Paracadutisti. L'AME monocratico può, successivamente, chiedere l'estensione dei privilegi per il solo rinnovo di idoneità delle classi professionali 1[^] e 3[^], purchè siano soddisfatti una serie di requisiti tra cui l'aver rilasciato un numero minimo di certificazioni nelle classi per cui si hanno già i privilegi, aver effettuato un'attività pratica presso un AeMC certificato ed aver completato un corso di formazione avanzato in medicina aeronautica (per la classe 1[^]) ovvero, una volta in possesso dei privilegi di classe 1[^], un corso integrativo specifico dedicato al campo del controllo del traffico aereo per l'estensione dei privilegi alla classe 3[^]. In nessun caso l'AME monocratico può rilasciare il certificato di conseguimento di una classe professionale, essendo questo un privilegio esclusivo dei Centri Aeromedici.

- ***Formazione dell'AME e mantenimento della certificazione.***

La Circolare ENAC MED-01B del 2020, in armonia con i Regolamenti europei, dettaglia le modalità per conseguire e mantenere la qualifica di AME. ENAC riconosce Corsi basici o avanzati di medicina aeronautica erogati da Enti pubblici (Aeronautica Militare) o Università e stabilisce le regole per l'aggiornamento professionale degli AME. Parallelamente all'attività di educazione continua in medicina (ECM), gli AME devono, infatti, seguire attività congressuali o di aggiornamento dedicate alla medicina aerospaziale, alle quali ENAC assegna dei punteggi denominati "crediti AME", diversi rispetto a quelli assegnati all'ECM. La certificazione viene rinnovata ogni tre anni agli AME che ne fanno richiesta e, al fine di ottenere il rinnovo, bisogna dimostrare di aver svolto l'attività secondo quanto previsto dalla norma, aver effettuato un numero minimo di visite e aver conseguito almeno 20 crediti formativi per AME (30 per chi ha i privilegi per certificare la classe 1[^]). Per la maggior parte delle attività formative svolte in ambito aeromedico, normalmente sono previste entrambe le forme di credito (ECM ed AME); solo le attività condotte da ENAC assegnano esclusivamente crediti AME non essendo ENAC tra i provider riconosciuti per l'ECM. Anche gli AeMC sono soggetti a periodica certificazione, generalmente con cadenza biennale, al fine di verificare il mantenimento degli standard di sicurezza previsti dalla normativa europea.

CLASSI DI VOLO E MODALITÀ DI CONSEGUIMENTO/RINNOVO

- **1^ classe di visita:** attività professionali di volo; per l'idoneità allo svolgimento delle mansioni previste dalla 1^a classe, il primo conseguimento del certificato medico può essere effettuato esclusivamente presso gli AeMC certificati (ad oggi solo gli IMAS e i Centri Psicofisiologici dell'Aeronautica Militare); i successivi rinnovi possono essere effettuati presso gli stessi AeMC dell'Aeronautica Militare oppure presso gli ambulatori specialistici del Servizio per l'assistenza sanitaria al personale navigante del Ministero della Salute (SASN) o, ancora, presso gli AME in possesso dei privilegi per la 1^a classe. ASN e AME monocratici non possono mai rilasciare il certificato in occasione del primo conseguimento.
- **2^a classe di visita:** attività non professionali di volo oppure attività professionali diverse dal pilotaggio di aeromobili (ad es. tecnico di volo); per l'idoneità allo svolgimento delle mansioni previste dalla 2^a classe, il primo conseguimento e i successivi rinnovi possono essere effettuati sia presso gli AeMC sia presso i ASN oppure presso gli AME monocratici in possesso dei privilegi per questa classe di visita;
- **classe LAPL (Light Aircraft Piloting License):** attività di volo non professionale su aeromobili al di sotto del 2000 Kg e fino a quattro passeggeri compreso il pilota; il primo conseguimento e i successivi rinnovi possono essere effettuati sia presso gli AeMC sia presso i ASN oppure presso gli AME monocratici in possesso dei privilegi per questa classe di visita;
- **Cabin Crew:** per esercitare l'attività di Equipaggio di cabina è necessario possedere un Rapporto medico, il cui primo conseguimento e i successivi rinnovi possono essere effettuati sia presso gli AeMC sia presso i ASN oppure presso gli AME monocratici in possesso dei privilegi per questa classe di visita;
- **3^a classe di visita:** Controllori del Traffico Aereo (ATCO); l'attività dei Controllori è disciplinata dal Regolamento (UE) 340/2015 e dal Regolamento ENAC "Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche d'idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici" (ed. 4 del 12.3.2018). Per l'idoneità allo svolgimento delle mansioni previste dalla 3^a classe, il primo conseguimento del certificato medico può essere effettuato esclusivamente presso gli AeMC certificati (ad oggi solo gli IMAS e i Centri Psicofisiologici dell'Aeronautica Militare); i successivi rinnovi possono essere effettuati sia presso gli stessi AeMC dell'Aeronautica Militare, sia presso gli ambulatori specialistici del Servizio per l'assistenza sanitaria al personale navi-

gante del Ministero della Salute (SASN) sia presso gli AME in possesso dei privilegi per la 3^a classe. SASN e AME monocratici non possono rilasciare il certificato in occasione del primo conseguimento.

Al Regolamento 340/2015 si accompagnano le Acceptable Means of Compliance (AMC) che specificano le clausole di flessibilità per i requisiti sanitari (AMC to Part ATCO-MED), per l'Autorità Nazionale, che anche per i controllori è rappresentata da ENAC (AMC to Part ATCO-ARA) e per gli Organi sanitari certificati (AMC to Part ATCO-ORA).

- **Paracadutista:** per quanto riguarda gli accertamenti per il rilascio e il rinnovo della licenza di paracadutista, questi sono disciplinati all'interno del Regolamento ENAC "Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche d'idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici" (ed. 4 del 12.3.2018), che include anche i criteri psicofisici di idoneità; le visite mediche possono essere effettuate sia presso gli AeMC certificati sia presso gli AME monocratici, inclusi quelli che operano nei SASN, oppure possono essere rilasciati da un Ufficiale Medico in SPE dell'A.M., da un medico specialista in Medicina Aeronautica e Spaziale o da un medico specialista in medicina dello sport;

- **Volo da diporto o sportivo:** riguarda tipologie di velivoli (comunemente detti "ultraleggeri"), non classificabili tra gli aeromobili per cui sono previste le classi di volo 1^a, 2^a e LAPL. Le caratteristiche di questi velivoli sono regolamentate dalla legge 25 marzo 1985 n° 106 e successive modificazioni e integrazioni, tra cui il DPR 9 luglio 2010 n. 133 "Nuovo Regolamento di attuazione" che, all'art. 13 prescrive che "*l'idoneità psicofisica necessaria per svolgere attività di volo da diporto o sportivo può essere certificata da un Istituto Medico Legale dell'A.M.², da una Unità Sanitaria Locale, da un Medico militare dell'A.M., da un medico specializzato in medicina dello sport ovvero in medicina aeronautica e spaziale*". Lo stesso Regolamento, all'Allegato I, riporta i requisiti psicofisici necessari per conseguire tale abilitazione. Poiché questa normativa è precedente all'introduzione in ambito nazionale dei Regolamenti europei sopra richiamati, ad oggi l'AME non è tra le figure professionali titolate al rilascio di certificato per il volo da diporto e sportivo e l'attività di sorveglianza per questi velivoli non ricade sotto la competenza ENAC.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- *International Civil Aviation Organization, ICAO, "Manual of Civil Aviation Medicine" – third edition 2012*

CAPITOLO VIII

CERTIFICAZIONI E DOCUMENTI INERENTI L'ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE

A. Messineo, L.Coppeta, A. Sacco

LA SORVEGLIANZA SANITARIA E IL MEDICO COMPETENTE

Alla fine di questo capitolo vengono illustrate alcune schede sintetiche relative alla attività che svolge il Medico Competente. È necessario tuttavia permettere alcune sintetiche considerazioni in ordine alla specifica attività che tale professionista espleta.

COMPITI DEL MEDICO COMPETENTE

Il medico competente assume compiti che possono essere così definiti:

- 1) **compiti professionali**, primo tra tutti quello di effettuare gli accertamenti sanitari e di esprimere i giudizi di idoneità alla mansione specifica, giudizi contro i quali è possibile ricorrere entro 30 giorni all'organo di vigilanza territorialmente competente.

Tra i compiti professionali viene annoverato quello di istituire e aggiornare per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria una cartella sanitaria e di rischio.

Ed è anche compreso tra i compiti professionali l'effettuazione di visite mediche richieste dal lavoratore quando tale richiesta sia correlata ai rischi professionali, nonché tenere il registro degli esposti ad agenti cancerogeni e per conto del datore di lavoro che lo deve istituire e aggiornare.

E certamente professionalizzante è il compito del medico di effettuare studi epidemiologici per evidenziare l'esistenza di anomalie nei lavoratori esposti in modo analogo a uno stesso agente.

È qui evidente come la valenza clinica, in passato preminente nella funzione

del medico competente, debba essere oggi completata e integrata non solo da consistenti professionalità di tipo tecnico-igienistico (come ben si vedrà nella parte che riguarda i compiti collaborativi), ma anche da una valenza epidemiologica di fondamentale importanza per la realizzazione di corretti flussi informativi nei confronti dei lavoratori e dei loro rappresentanti. Questo aspetto risulta ancora abbastanza trascurato in molte realtà industriali di medio -piccole dimensioni ove l'attività del medico è ancora legata a canoni tradizionali che privilegiano quasi esclusivamente il momento clinico.

- 2) **compiti informativi**, riguardano una vasta gamma di interventi, tra i quali quelli inerenti la collaborazione all'attività di formazione e informazione. Compiti informativi consistono anche nella comunicazione ai lavoratori del significato e del risultato degli accertamenti sanitari e, a richiesta, nel rilascio di copia della documentazione sanitaria.

Nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, la comunicazione riguarderà anche la necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che ne comporta l'esposizione. Sono incluse tra i compiti informativi anche la comunicazione - a richiesta - di informazioni analoghe ai rappresentanti per la sicurezza, la comunicazione al datore di lavoro in caso di inidoneità del lavoratore.

Compiti informativi sono anche quelli inerenti la comunicazione dei risultati anonimi collettivi degli accertamenti clinici e strumentali effettuati ai rappresentanti per la sicurezza nel corso delle riunioni periodiche di prevenzione dai rischi (che il datore di lavoro ha l'obbligo di indire ogni anno).

- 3) **compiti collaborativi**, riguardano la predisposizione di tutte le misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori, la collaborazione nella valutazione del rischio e nella redazione del documento conclusivo sulla valutazione, la visita negli ambienti di lavoro almeno ogni anno, la partecipazione alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori. Rientra tra le funzioni collaborative anche l'istituzione del primo soccorso e la già trattata attività di formazione e informazione, nonché la partecipazione alla riunione periodica di prevenzione, l'informazione al datore di lavoro sulle misure protettive speciali da attuare per lavoratori esposti a cancerogeni e a rischi biologici (vaccini, allontanamento temporaneo, ecc...), la comunicazione ai lavoratori, per conto del datore di lavoro, delle annotazioni del registro cancerogeni, infine la comunicazione in caso di neoplasie da lavoro e per decessi o malattie da agenti biologici l'obbligo di trasmissione all'ISPESL (oggi INAIL) di copia della documentazione clinica per l'inserimento nell'ar-

chivio dei tumori o nel registro dei danni da agenti biologici.

DESIGNAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE

Il Medico Competente è nominato dal Datore di Lavoro in tutti i casi in cui vi sia obbligo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori. Ossia:

- Nei casi previsti dalla normativa vigente o dalle indicazioni della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro prevista all'art 6 del D.lgs 81/08.
- Qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi. Secondo l'interpretazione della Commissione Interpelli (2015) tale evenienza può determinarsi anche per i lavoratori per i quali non è originariamente prevista l'effettuazione della Sorveglianza Sanitaria.

Ecco alcuni esempi di casi previsti dalla normativa:

D.Lgs 81/08:

Art. 168	Movimentazione manuale di carichi
Art. 176	Videoterminali >20 h/sett
Art. 196	Rumore >85 dBA o a richiesta se >80dBA
Art. 204	Vibrazioni: Mano-braccio >2,5 m/s ² - Corpo Int >0,5 m/s ² *
Art. 211	Campi elettromagnetici
Art. 218	Radiazioni ottiche artificiali
Art. 229	Agenti chimici pericolosi
Art. 242	Agenti cancerogeni
Art. 259	Amianto
Art. 279	Agenti Biologici
Art. 41c. 4	Accertamento dello stato di alcoldipendenza e di uso di sostanze psicotrope e stupefacenti (Nei casi e alle condizioni previste dall'ordinamento)

Altre normative:

D.Lgs 101/20	Radiazioni ionizzanti
Art. 34 DPR 321/56	Cassoni ad aria Compressa
D.Lgs 66/03	Lavoro notturno (>3h/giorno in intervallo che includa la mezzanotte)
Art. 1 Intesa Conferenza Unificata 30/10/07	Accertamento stato di tossicodipendenza in mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi Art. 8 c.6 L.131/03)

Provvedimento 16/03/06 della Conferenza Permanente	Divieto di assunzione di bevande alcoliche per attività che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi (art. 15 L. 125/01)
---	--

SORVEGLIANZA SANITARIA

La sorveglianza sanitaria viene effettuata in occasione delle seguenti visite:

- Visite mediche preventive
- Visite mediche periodiche
- Visite mediche su richiesta del lavoratore
- Visite mediche in occasione di cambio mansione
- Visite mediche alla cessazione del rapporto di lavoro (nel solo caso di esposizione a ag. chimici, cancerogeni e amianto)
- Visite mediche in fase preassuntiva (da parte del M.C. o dei Dipartimenti di Prevenzione)
- Visite mediche alla ripresa del lavoro (dopo >60 gg continuativi di assenza dal lavoro per motivi di salute).

In occasione delle visite preventive, periodiche, al cambio mansione, preassuntive e alla ripresa del lavoro, il MC, nei casi previsti dalla normativa, verifica anche l'assenza di condizioni di alcoldipendenza e di uso di sostanze pericolose e stupefacenti.

ORGANIZZAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

La sorveglianza sanitaria viene predisposta in base a protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici. Tali protocolli comprendono esami clinici e biologici e indagini diagnostiche per il gruppo omogeneo di esposti. Se necessario vengono adattati al singolo lavoratore. Devono essere definiti tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati.

La periodicità delle visite mediche è di norma annuale (se non diversamente previsto dalla normativa) ma il MC può stabilire, sulla scorta della valutazione dei rischi, una cadenza diversa. Nello stabilire contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria il MC gode della massima autonomia decisionale ma l'organo di vigilanza può, con provvedimento motivato, stabilire contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria diverse da quelle stabilito dal medico competente.

In base all'esito della sorveglianza sanitaria il MC esprime uno dei seguenti

giudizi relativamente ai rischi specifici:

- Idoneità
- Idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni
- Inidoneità temporanea
- Inidoneità permanente.

Il MC dà copia di tale giudizi al lavoratore e al Datore di Lavoro.

Il DdL e il lavoratore dovranno attenersi scrupolosamente a quanto indicato dal MC nel giudizio di idoneità. In caso di inidoneità temporanea o permanente il DdL non può licenziare il lavoratore, a meno che non sia nella completa impossibilità di trovargli altra collocazione, ma dovrà assegnarlo a mansione equivalente o, se questa non è disponibile, a mansione inferiore garantendogli eguale trattamento economico.

Come si diceva, sia il lavoratore che il DdL possono ricorrere contro il giudizio di idoneità del MC entro 30 giorni dalla comunicazione del medesimo. Tale ricorso può essere effettuato anche in occasione delle visite preassuntive. Il ricorso deve essere inoltrato alla commissione medica dell'organo di vigilanza (SPRESAL o SPISL) competente per territorio (dell'azienda o unità produttiva). Tale commissione, dopo aver esaminato il caso e richiesto eventuali accertamenti integrativi, confermerà il giudizio di indoneità del MC o ne elaborerà un altro cui il DdL e il lavoratore dovranno attenersi.

ALTRI OBBLIGHI DEL MC

Oltre ad effettuare la sorveglianza sanitaria il MC:

- Collabora alla VdR, alla Formazione e informazione e alla organizzazione del Primo Soccorso
- Partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione
- Visita gli ambienti di lavoro almeno una volta l'anno
- Istituisce la Cartella Sanitaria e di Rischio per ciascun lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria e la custodisce con tutela del segreto professionale
- Consegnà la documentazione sanitaria al DdL alla cessazione dell'incarico
- Consegnà copia della Cartella sanitaria al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro
- Informa i lavoratori e gli RLS sul significato della sorveglianza sanitaria e sulla eventuale necessità di controlli successivi alla cessazione dell'esposizione
- Informa i lavoratori sugli esiti della sorveglianza sanitaria e a richiesta ne rilascia copia

- Comunica per iscritto i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria durante la riunione periodica.

Oltre a tutti gli obblighi di cui sopra, ha un ruolo importantissimo di collaborazione “alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi della responsabilità sociale”. Ad esempio con programmi di: educazione alimentare, fumo, alcol, attività fisica, malattie cardiovascolari, osteoarticolari, vaccini, ecc.

CERTIFICAZIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

È noto che l'omissione della denuncia ai sensi dell'art.139 del T.U. è sanzionata, per il medico, mentre, sino ad oggi, la mancata redazione della certificazione ai sensi dell'art.53 del T.U. n.1124/1965 in merito sia all'infortunio sul lavoro, sia alla malattia professionale rimaneva un obbligo deontologico da assolversi a richiesta dell'interessato, ma non un obbligo normativo per cui fosse prevista una sanzione.

La mancata emissione del certificato non comportava sanzione per il medico dal momento che , l'art. 53 del O.P.R. n.1124/1965 era relativo ad adempimenti del Datore di Lavoro limitandosi a indicare che la denuncia doveva essere “corredata da certificato medico”, e, caso di malattia professionale la denuncia doveva contenere, oltre l'indicazione del domicilio dell'ammalato una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore senza porre a carico del sanitario alcun obbligo specifico. Il D.L.gs 14 settembre 2015 n.151, l'art.21, 1° comma, lett. B riscrive integralmente l'articolo (norma che ha efficacia a decorrere dal 22/03/2016).

Art. 53.

Il datore di lavoro è tenuto a denunciare all'Istituto assicuratore gli infortuni da cui siano colpiti i dipendenti prestatori d'opera, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità. La denuncia dell'infortunio deve essere fatta entro due giorni da quello in cui il datore di lavoro ne ha avuto notizia e deve essere corredata dei riferimenti al certificato medico già trasmesso all'Istituto assicuratore per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio.

Se si tratta di infortunio che abbia prodotto la morte o per il quale sia preveduto il pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta per telegrafo entro venti-

quattro ore dall'infortunio.

Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il termine per la denuncia decorre da quest'ultimo giorno. La denuncia dell'infortunio ed il certificato medico trasmesso all'Istituto assicuratore, per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, nel rispetto delle relative disposizioni, debbono indicare, oltre alle generalità dell'operaio, il giorno e l'ora in cui è avvenuto l'infortunio, le cause e le circostanze di esso, anche in riferimento ad eventuali defezioni di misure di igiene e di prevenzione, la natura e la precisa sede anatomica della lesione, il rapporto con le cause denunciate, le eventuali alterazioni preesistenti. La denuncia delle malattie professionali deve essere trasmessa dal datore di lavoro all'Istituto assicuratore, corredata dei riferimenti al certificato medico già trasmesso per via telematica al predetto Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, entro i cinque giorni successivi a quello nel quale il prestatore d'opera ha fatto denuncia al datore di lavoro della manifestazione della malattia. Il certificato medico deve contenere, oltre l'indicazione del domicilio dell'ammalato e del luogo dove questi si trova ricoverato, una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore. I medici certificatori hanno l'obbligo di fornire all'Istituto assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie. Nella denuncia debbono essere, altresì, indicati le ore lavorate e il salario percepito dal lavoratore assicurato nei quindici giorni precedenti quello dell'infortunio o della malattia professionale.

Per gli addetti alla navigazione marittima ed alla pesca marittima la denuncia deve essere fatta dal capitano o padrone preposto al comando della nave o del galleggiante o, in caso di loro impedimento, dall'armatore all'Istituto assicuratore e all'autorità portuale o consolare competente. Quando l'infortunio si verifica durante la navigazione, la denuncia deve essere fatta il giorno del primo approdo dopo l'infortunio. Il certificato medico deve essere trasmesso, per via telematica nel rispetto delle relative disposizioni, all'Istituto assicuratore dal medico di bordo o, in mancanza di esso, da un medico del luogo di primo approdo o dalla struttura sanitaria competente al rilascio sia nel territorio nazionale sia all'estero.

Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore.

Ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione.

La trasmissione per via telematica del certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, di cui ai commi ottavo e nono, è effettuata utilizzando i servizi telematici messi a disposizione dall'Istituto assicuratore. I dati delle certificazioni sono resi disponibili telematicamente dall'Istituto assicuratore ai soggetti obbligati a effettuare la denuncia in modalità telematica, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni. I contravventori alle precedenti disposizioni sono puniti con l'ammenda da euro 258 a euro 1.549.

Le nuove disposizioni definiscono in sostanza nuovi compiti e responsabilità a carico del medico per cui al mancato adempimento consegue una sanzione. Inoltre dalla lettura del comma 3 dell'art. 21 del D.Lgs 151/2015 emerge che il medico certificatore ai fini assicurativi è esentato dalla redazione della denuncia di cui all'art. 139. Di fatto, la norma stabilisce che "a decorrere dal centottantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, con la trasmissione per via telematica del certificato di malattia professionale... si intende assolto, per le malattie professionali indicate nell'elenco di cui all'articolo 139 del decreto del Presidente della Repubblica n. 1124 del 1965, l'obbligo di trasmissione della denuncia di cui al medesimo articolo 139...".

La norma stabilisce un obbligo di adempimento telematico e cioè che "Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore.

Ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione".

In sostanza vi è un obbligo di certificazione ma anche l'indicazione cogente delle modalità di trasmissione e di temporizzazione che si aggiunge agli altri obblighi di certificazione e di invio previsti in caso di tecnopatie: segnalazione all'ispettorato del lavoro/ASL e referto all'autorità giudiziaria.

Sul tema, una nota esplicativa è riportata nella circolare INAIL n. 10 del 21/3/2016.

NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE (BOZZA)

Egregio Dr.

Con riferimento alle intese intercorse, previa consultazione del/i Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza, preso atto che i Suoi titoli e requisiti sono conformi all'Art. 38 del D. Lgs. 81/2008

Le comunichiamo
la sua designazione quale medico competente dell'impresa
..... con sede in via
n° P.IVA ai sensi dell'Art.18,
comma 1, lettera a) del citato decreto.

Per lo svolgimento dell'incarico affidatole sarà informato circa:

- a) la natura dei rischi;
- b) l'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;
- c) la descrizione degli impianti e dei processi produttivi;
- d) i dati riguardanti le malattie professionali e quelli relativi agli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento;
- e) i provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza.

Le precisiamo che i compiti relativi a tale incarico sono relativi a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro. In particolare dovrà:

- collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro;
- programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria di cui all'Art. 41 del D. Lgs. 81/2008 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;

- istituire, aggiornare e custodire (presso il luogo concordato con il datore di lavoro), sotto la Sua responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria;
- consegnare al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/2003, e con salvaguardia del segreto professionale;
- consegnare al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, copia della cartella sanitaria e di rischio e fornirgli le informazioni necessarie relative alla sua conservazione;
- fornire informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti;
- fornire a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- informare ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'Art. 41 del D. Lgs. 81/2008 e, a richiesta dello stesso, rilasciargli copia della documentazione sanitaria;
- comunicare per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'Art. 35 del D. Lgs. 81/2008, al datore di lavoro, al Responsabile del Servizio di Prevenzione Protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornire indicazioni sul significato di detti risultati ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;
- visitare gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o stabilire una cadenza diversa, in base alla valutazione dei rischi, e comunicarla al datore di lavoro;
- partecipare alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori;
- partecipare alle riunioni periodiche.

La sorveglianza sanitaria ai sensi dell'Art. 41, comma 1 del D. Lgs. 81/2008, deve essere effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, e qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia da Lei ritenuta correlata ai rischi lavorativi. Tale sorveglianza comprende le visite indicate al comma 2 del succitato articolo ed è altresì finalizzata, per le visi-

te mediche preventive, periodiche, preventive in fase preassuntiva, precedenti alla ripresa del lavoro (nel caso di assenza per motivi di salute per oltre 60 giorni continuativi) e per quelle svolte in occasione del cambio della mansione del lavoratore, e, ni casi previsti dalla legge alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti. Inoltre Ella dovrà:

- allegare gli esiti della visita medica alla cartella sanitaria e di rischio;
- esprimere, sulla base delle risultanze delle visite mediche, uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:
 - a) idoneità;
 - b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
 - c) inidoneità temporanea, precisando i limiti temporali di validità;
 - d) inidoneità permanente.
- informare per iscritto il datore di lavoro e il lavoratore dei giudizi sopra elencati.

Le comunichiamo che:

il datore di lavoro è il Sig.,

il RSPP è il Sig.,

il/i RLS/RLST è/sono il/i Sig./Sig.ri,

L'incarico affidatole ha la durata di con decorrenza dal,

Tale incarico, alla scadenza, è da considerare tacitamente rinnovato salvo preavviso delle parti di almeno giorni.

Si concorda fin d'ora che le cartelle sanitarie e di rischio verranno conservate presso

La preghiamo di restituire copia della presente firmata per accettazione.

Data

.....

Firma

.....

(datore di lavoro)

Firma

.....
(medico competente - per accettazione)

RELAZIONE DI SOPRALLUOGO

Il giorno

Il dott./d.ssa Medico competente dell'Azienda,
il RSPP dell'Azienda, oltre a

Hanno effettuato un sopralluogo sul luogo di lavoro ubicato in

Via

Caratteristiche dei luoghi di lavoro:

Superficie occupata:

Tipologia dei lavori:

Macchinari utilizzati:

Numero personale impiegato: Totale Impiegati

Operai

Mansioni specifiche:

Rischi comportanti la sorveglianza sanitaria:

Vaccinazioni previste e/o consigliate:

Dispositivi di protezione individuale:

OSSERVAZIONI

SUGGERIMENTI

Note

IL MEDICO COMPETENTE

ALLEGATO 3A

CARTELLA SANITARIA E DI RICHIESTA (MODIF.D.MIN.SAL.12/7/2016)

LAVORATORE Sesso M F

LUOGO DI NASCITA

Codice fiscale

Domicilio (Comune e Prov.)

Via Tel.

Ragione Sociale

Unità Produttiva sede di lavoro

Reparto

Indirizzo Unità produttiva

Attività svolta (Riferito a comparto/lavorazione)

Data di assunzione

La presente cartella sanitaria e di rischio è instituita per:

- prima istituzione
- esaurimento del documento precedente
- altri motivi

Il medico competente

.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è costituita da n 13 pagine.

Data

Il datore di lavoro

.....

VISITA MEDICA PREVENTIVA

DATI OCCUPAZIONALI REPARTO E MANSIONE SPECIFICA

Fattori di rischio

ANAMNESI LAVORATIVA

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA

ANAMNESI PATHOLOGICA PROSSIMA

ANAMNESI PATHOLOGICA REMOTA

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

.....
.....
.....
.....

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

.....
.....
.....
.....

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

.....
.....
.....

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE

.....
.....
.....

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Prescrizioni/limitazioni

.....

Data

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA

Il medico competente

.....

VISITA MEDICA SUCCESSIVA

Motivazione:

- Preventiva
- idoneità alla mansione specifica
- cambio mansione
- su richiesta
- fine rapporto di lavoro
ripresa lavoro dopo 60 gg di assenza
straordinaria (art 83 DL 34/2020 convertito L 77/2020)

DATI OCCUPAZIONALI

REPARTO E MANSIONE SPECIFICA

FATTORI DI RISCHIO (se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli)

RACCORDO ANAMNESTICO

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

.....
.....
.....

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE

.....
.....
.....

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA DI

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA

DATA

FIRMA DEL MEDICO

Dati del medico competente

Comunicazione scritta del giudizio di idoneità

Il lavoratore nato a il

Operante presso l'azienda

Reparto mansione

È stato sottoposto a visita medica (indicare motivazione)

Giudizio di idoneità alla mansione specifica:

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (periodicità)

DATA

FIRMA DEL MEDICO

Avverso il giudizio di inidoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, entro il termine di 30 giorni

DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE

DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

SCREENING VIDEOTERMINALISTI

Nome Cognome: Azienda:

Anamnesi familiare per patologie oculari: Negativa Positiva per
Anamnesi personale per patologie oculari: Negativa Positiva per

Difetti rifrazione: Nessuno I seguenti:

Uso occhiali:

NO SI Sempre Solo per VDT Per lettura In passato

Uso lenti a contatto:

NO SI Abitualmente Saltuariamente In passato

Astenopia: NO SI

VALUTAZIONE RACHIDE: NELLA NORMA ALTERATA

Disturbi lamentati:

Acuità visiva: visione da lontano (Tavole ottometriche):

OD: con lenti: SI NO OS: con lenti: SI NO OO: con lenti: SI NO

Sensibilità al contrasto: NELLA NORMA ALTERATA

Acuità visione da vicino: NELLA NORMA ALTERATA

Test astigmatismo: NELLA NORMA ALTERATA

Test miopia:

VS MIOPIA (ROSSO) VS IPERMETROPIA (VERDE) NEUTRO

Valutazione del senso cromatico (tavole di Ishihara):

NELLA NORMA DISCROMATOPSIS

Reticolo di Amsler: NELLA NORMA ALTERATO

Motilità oculare: NELLA NORMA ALTERATA

Convergenza: NELLA NORMA ALTERATA

Covertest: NELLA NORMA ALTERATO

Stereopsi (Test di Lang II): NELLA NORMA ALTERATO

Conclusioni:

NELLA NORMA ALTERATO CONSIGLIO VISITA OCULISTICA

Firma:

Data:

COMUNICAZIONE AL MEDICO CURANTE

Al Dr.

Medico curante del lavoratore

Visitato per un giudizio di idoneità lavorativa presso la Ditta

In data

Il lavoratore in oggetto è stato sottoposto a visita medica / accertamenti complementari specialistici / strumentali / di laboratorio / nella data sopraindicata. È stato rilevato quanto segue

.....

.....

Nell'ottica di doverosa collaborazione Si segnala pertanto

.....

.....

Il Medico Competente

Data

.....

ARTI VARICI	SISTEM NERVOSO
5) ESAME RADIOLOGICO DEL TORACE (A)	
SCHERMOGRAFIA N. Data	SCHERMOGRAFIA N. Data
Radiologo (B)	Radiologo (B)
Residenza	Residenza
Luogo dell'accertamento	Luogo dell'accertamento
Reparto	Reparto
SIGLATURA BIT	SIGLATURA BIT
STRATIGRAFIA	SIGLATURA BIT
ESAMI FUNZIONALI CARDIORESPIRATORI	
ALTRI ESAMI COMPLEMENTARI	
8) DIAGNOSI	
Esiti Silicosi Polmonare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Conclamata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sospetta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esiste tubercolosi polmonare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
In fase attiva?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asbestosi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altre eventuali malattie che controindicano la lavorazione:	
Altre osservazioni:	
9) GIUDIZIO CONCLUSIVO	
Il lavoratore è risultato fisicamente IDONEO (1)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il lavoratore è risultato affetto da silicosi/asbestosio Conclamata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sospetta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
N.B. Nel caso di tbc polmonare in fase attiva, associata o non a silicosi o asbestosi, il lavoratore non può essere assunto o permanere nelle lavorazioni di cui alla tabella succitata (art. 157, quarto comma del DPR 30-6-1965, n. 1124).	
Controindicazioni e consigli:	
La precedente visita medica d'assunzione di controllo è stata effettuata il	
Data	
Firma del medico	
Qualifica	
(indicare se medico in fabbrica)	
Indirizzo	
Ente di appartenenza	
(1) il giudizio deve essere riferito alla "generica idoneità al lavoro"	
(2) l'idoneità dovrà essere negata sempre nel caso previsto dalla legge	
Negli altri casi il giudizio di non idoneità sempre sotto la responsabilità del medico, dovrà trovare valida motivazione nei risultati dell'esame clinico particolarmente in quanto indicato alla voce "altre eventuali malattie che controindicano la lavorazione".	
DECISIONE DEL COLLEGIO MEDICO a seguito visita medica collegiale (art. 157 del DPR 30-6-1965, N. 1124)	
Data	

L'ispettorato del Lavoro

- Far seguire teleradiogramma allo schermogramma nel caso che questo ultimo non consenta l'accertamento dei requisiti specifici di idoneità fisica di cui all'art. 157 del DPR 30-6-1965. N.1124 (ART. 160 del citato DPR)
- Ente che ha eseguito l'accertamento

SCHEDA PERSONALE PER VISITA MEDICA (PERIODICA DI CONTROLLO)
 (ART. 157 DEL DPR 30/6/1985 N. L 124)

1) LAVORATORE (Cognome e nome) N. matr. Età Sesso <input checked="" type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Nato il Nel Comune di Prov. Residente a Prov. Località o via N.	2) DATORE DI LAVORO Impresa (Cognome e nome a stampatello) Luogo dei lavori Comune Prov. Località o via N. Natura dell'industria Lavorazione cui è o deve essere adibito il lavoratore Con le mansioni di
3) ANAMNESI LAVORATIVA (*) 3 A) ANAMNESI PERSONALE (*) GODE DI PENSIONE PER SILICOSI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data di concessione	
VACCINAZIONE ANTITETANICA Data dell'Ultima vaccinazione	

4) ESAME CLINICO COSTITUZIONE: <u>Normol Longil Brevil</u> COND. GEN.: <u>Ottime Buone Discr Scand.</u> COLORITO MUCOSE: <u>Roseo Pallido</u> MUSCOLATURA: <u>Tonica Ipoton. Ipoton Jperton.</u> <u>Ipostrof Trofica Iperfrof.</u> PANNJC. ADIPOSO: <u>Abbond Norm Scarzo</u>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>P</td><td>t</td></tr> <tr><td>e</td><td>o</td></tr> <tr><td>r</td><td>r</td></tr> <tr><td>i</td><td>a</td></tr> <tr><td>m</td><td>c</td></tr> <tr><td>e</td><td>i</td></tr> <tr><td>t</td><td>c</td></tr> <tr><td>r</td><td>o</td></tr> <tr><td>o</td><td></td></tr> </table>	P	t	e	o	r	r	i	a	m	c	e	i	t	c	r	o	o		Peso Kg Altezza cm Alla fine di normale Espirazione cm Massimo inspiratorio cm Minimo inspiratorio cm	LINFOGHIANDOLARE SCHELETRO PELLE E ANNESSI
	P	t																			
e	o																				
r	r																				
i	a																				
m	c																				
e	i																				
t	c																				
r	o																				
o																					
CAPO	OROFARINGE	UDITO																			
OCCHI	TONSILLE	COLLO																			
NASO	TONO DELLA VOCE																				
BOCCA																					
APPARATO RESPIRATORIO Atti respiratori al minuto n. Esiste dispnea da sforzo? <u>Bronchi - Polmoni - Pleure</u> Eventuale esame dell'escreto:	APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO Polso: Frequenza Caratteri Cuore Vasi P.A. MX Mn	ADDOME Fegato Milza Apparato Urogenitale Ernie																			

ASSICURAZIONE CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI

T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali- D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124

Alla Ditta

.....
Al Signor¹

.....
All'Ispettore del Lavoro²

.....

Siattestachedagli esami clinico-radiologici eseguiti il giorno

Il lavoratore

Nato a il adetto³
da adibirsi

al lavoro di

CONCLAMATA

SOSPETTA

è risultato affetto da silicosi o asbestosi
fisicamente idoneo NO
 SI
 NO

Data,

IL MEDICO

.....
(firma)

.....
(indirizzo)

.....
(Ente di appartenenza)

1 - Cognome, nome e indirizzo del lavoratore.

2 - Da trasmettere nel solo caso che il lavoratore sia risultato affetto da silicosi o asbestosi.

3 - Cancellare la dicitura che non interessa.

**VERBALE DI CONSEGNA AL LAVORATORE, SU SUA RICHIESTA,
DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

(art. 25 comma 1-h del D.Lgs. n. 81/2008)

In data alle ore si sono incontrati in via
..... al n. nel Comune di (....)

Il lavoratore dell'azienda

Sig. ed il medico competente incaricato alla
propria sorveglianza sanitaria, dott.

Stante il disposto dell'art. 25 comma 1-h del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, il lavoratore ha richiesto copia della propria documentazione sanitaria, che il medico competente ha provveduto a consegnargli, composta da n. pagine totali, come da dettaglio.....

.....
.....
.....

Eventuali annotazioni

.....
.....
.....

Data

Il medico competente

Firma per ricevuta:
Il lavoratore

Copia per il medico competente

NOTIZIE PER ACCERTAMENTO I LIVELLO A CURA DEL MEDICO COMPETENTE

Notizie eventualmente da riportare nella cartella clinica, ove non si proceda ad invii al II livello. Da compilare ed inviare al SerT per i casi in cui si richieda accertamento di II livello

Cognome Nome
data di nascita luogo di nascita
Residente in
Recapito telefonico
Ditta
Attività lavorativa (mansione)
Medico Competente Dott/ssa

VISITA MEDICA

Data

Accertamento attuato per:

- Accertamento pre-affidamento della mansione
- Accertamento periodico
- Accertamento per ragionevole dubbio
- Accertamento dopo un incidente
- Accertamento di follow up (monitoraggio cautelativo) e/o per il reintegro nella mansione a rischio, dopo un periodo di sospensione dovuto a precedente esito positivo

1. Anamnesi /esame documentale

- interventi in Pronto Soccorso o in strutture di ricovero per il trattamento di patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope:;
- precedenti accertamenti medico-legali per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- pregressi trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza, presso strutture pubbliche e/o private:;

- notizie relative ad infortuni lavorativi e/o incidenti avvenuti in ambito lavorativo e non:
.....;
- ritiri della patente di guida e/o del porto d'armi a seguito di precedenti accertamenti medico-legali:;
.....;
- altro:

note:
.....

2. Esame clinico obiettivo

- segni obiettivi di assunzione abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope;
.....;
- segni o sintomi suggestivi per intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope;
.....;
- uso di farmaci ad azione psicotropa;
.....;
- altro:

Firma per presa visione del lavoratore

3. Esame tossicologico analitico su matrice urinaria

aliquota	Metodo di immagine	data	Luogo / laboratorio	Referto	Nota / Richiamo allegati
A-screening	<input type="checkbox"/> Test on site <input type="checkbox"/> Test immunochimico presso laboratorio				
B-screening					
C-screening (su richiesta del lavoratore)					

Firma per presa visione del lavoratore

4. Andamento degli accertamenti

Calendario degli accertamenti

Data	Tipo di accertamento	Presenza del lavoratore	Giustificazione assenza	Comunicazione al datore di lavoro

5. Invio /Certificazione e relazione del SerT

Eventuale invio al SerT via , in data

Esito accertamento II livello, ricevuto in data

SCHEMA DI RELAZIONE SANITARIA

AZIENDA:

SEDE LEGALE:

STABILIMENTO:

COMPARTO PRODUTTIVO:

LAVORAZIONE (breve descrizione del ciclo produttivo):

.....

MEDICO COMPETENTE:

INDIRIZZO: TEL.

Accertamenti Sanitari relativi all'anno:

Dipendenti e Soci Totali

(comunicati dall'azienda e riferiti alla data del / /): n°

Totale lavoratori soggetti agli Accertamenti Sanitari, n°

Distribuzione dei Lavoratori per Reparti / Mansioni

Reparto Mansione	n° lavoratori addetti	n° lavoratori Visitati	n° lavoratori Idonei	n° lavoratori Non idonei	n° lavoratori Idonei con limitazioni

Lavoratori non visitati (n° e motivo):

**PROGRAMMA DI ACCERTAMENTI SANITARI
APPLICATO PER OGNI REPARTO I MANSIONE**

Reparto Mansione	Principali rischi presenti*	Periodicità Visita Medica	Esami Integrativi	Periodicità Es. Integrativi

* per il rumore specificare i LEP per reparto/mansione

RISULTATI DEGLI ESAMI AUDIOMETRICI

(compilare lo schema sottostante, utilizzando la classificazione Klockhoff modificata Merluzzi in riferimento all'orecchio peggiore)

Lavoratori con classificazione invariata rispetto al precedente controllo n°

Lavoratori con classificazione peggiorata rispetto al controllo precedente n°

Lavoratori sottoposti per la prima volta ad Esame Audiometrico n°

Legenda audiometria:

0 = Normoacusia

1 = Ipoacusia da rumore di primo grado

2 = Ipoacusia da rumore di secondo grado

3 = Ipoacusia da rumore di terzo grado

4 = Ipoacusia da rumore di quarto grado

5 = Ipoacusia da rumore di quinto grado

6 = Danno uditivo da rumore più altra causa

7 = Danno uditivo non da rumore

Considerazioni complessive sui risultati degli esami audiometrici

RISULTATI DEGLI ESAMI SPIROMETRICI

(compilare lo schema sottostante, specificando i valori di riferimento e i criteri di classificazione utilizzati)

Legenda spirometrie (specificare in modo chiaro e comprensibile a quale quadro corrisponde il numero di classe indicato nello schema soprastante):

Disturbi respiratori soggettivi riferiti nel lavoro (n° e tipologia):

Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti relativi all'app. respiratorio anche in riferimento a eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti

RISULTATI DEGLI ESAMI DEL MONITORAGGIO BIOLOGICO

(compilare le voci e lo schema sottostante per ogni indicatore biologico utfizzato)

Inquinante ambientale:

Indicatore biologico utilizzato:

Momento del prelievo:

Valori di riferimento per la popolazione non esposta (VR) (specificando unità di misura ed ente proponente):

Valore Limite Biologico o BEI (specificando unità di misura ed ente proponente):

Laboratorio che ha eseguito l'analisi:

Reparto / Mansione	Periodo di riferimento (semestre, anno)	lavoratori esaminati n°	Valore Medio ottenuto	n° casi inferiori ai VR	n° casi tra VR e valore limite	n° casi superiori ai valori limite

Inquinante ambientale:

Indicatore biologico utilizzato:

Momento del prelievo:

Valori di riferimento per la popolazione non esposta (VR) (specificando unità di misura ed ente proponente):

Valore Limite Biologico o BEI (specificando unità di misura ed ente proponente):

Laboratorio che ha eseguito l'analisi:

Reparto / Mansione	Periodo di riferimento (semestre, anno)	lavoratori esaminati n°	Valore Medio ottenuto	n° casi inferiori ai VR	n° casi tra VR e valore limite	n° casi superiori ai valori limite

Considerazioni complessive sui risultati degli esami di monitoraggio biologico

.....

.....

.....

MONITORAGGIO BIOLOGICO DEL PIOMBO INORGANICO

REPARTI CON ESPOSTI AL PIOMBO	N° FEMMINE	N° MASCHI	TOTALE ESPOSTI
TOTALE			

RISULTATI PIOMBEMIE (mcg% ml)

PERIODICITÀ	LAVORATORI	0-20	21-40	41-50	51-60	61-70	>70
I° SEMESTRE	MASCHI						
	FEMMINE						
II° SEMESTRE	MASCHI						
	FEMMINE						
* VALORE PbE Min/Max	MASCHI						
	FEMMINE						
TOTALE ESAMI	MASCHI						
	FEMMINE						

NOTE: Riportare per ogni casella il numero di esami compresi nel range di piombemia indicato nella colonna, distinti per sesso.

* Riportare per ogni casella il valore minimo e il valore massimo di piombemia

RISULTATI DELL'ESAME CLINICO - FUNZIONALE DEL RACHIDE

In lavoratori esposti a rischi per il rachide (es. movimentazione manuale di carichi, vibrazioni)

Reparto / Mansione	nella norma n°	SAP rachide cervicale			SAP rachide dorsale			SAP rachide lombosacrale			Totale	N° lavoratori con lombalgia acuta negli ultimi 12 mesi
		1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°		

Legenda (specificare in modo chiaro e comprensibile il significato della classificazione delle spondiloartropatie):

SAP 1° = _____

SAP 2° = _____

SAP 3° = _____

Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti relativi al rachide

RISULTATI DELL'ESAME CLINICO - FUNZIONALE DEGLI ARTI SUPERIORI

In lavoratori potenzialmente esposti al rischio da movimenti o sforzi ripetitivi o da vibrazioni al sistema mano-braccio

Reparto / Mansione	nella norma n°	Disturbi o Alterazioni alla spalla n°	Disturbi o Alterazioni a gomito e braccio n°	Disturbi o Alterazioni a mano e polso n°	Totale

Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti relativi al rachide

.....

.....

.....

RISULTATI DEGLI ESAMI CLINICO - FUNZIONALE DEL RACHIDE

Reparto / Mansione	Emocromo		Funzionalità epatica		Funzionalità renale		Altri:	
	n° esami totali	n° esami alterati	n° esami totali	n° esami alterati	n° esami totali	n° esami alterati	n° esami totali	n° esami alterati

Considerazioni complessive sui risultati degli esami chimico-clinici

Altri disturbi o alterazioni potenzialmente correlabili al lavoro (n° e tipologia)

RISULTATI DI ALTRI ACCERTAMENTI

Tipo di accertamento	Reparto/mansione	N. soggetti esaminati	N. casi alterati

Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti riportati in tabella

CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

Cessazione dell'attività dell'azienda/Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio viene inviata all'INAIL ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. f) del D.Lgs. 81/2008.

- Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il
- Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il

La cartella sanitaria viene consegnata al lavoratore
completa di n. allegati.

Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. e) del D.Lgs. 81/2008.

Il lavoratore è stato informato riguardo la necessità di conservazione della cartella sanitaria e all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art 25, comma 1, lett. h) del D.Lgs. 81/2008.

Data

Il medico competente

.....

Il lavoratore

.....

**VERBALE DI CONSEGNA AL DATORE DI LAVORO,
ALLA CESSAZIONE DELL'INCARICO,
DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN SUO POSSESSO
(ART. 25, COMMA 1 LETT. "D" DEL D.LGS. 81/08)**

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il la CARTELLA SANITARIA E DEI RISCHI, inerente il lavoratore Sig. completa di n. allegati, viene consegnata:

- al datore di lavoro
- suo delegato

nella persona di:

La consegna della documentazione sanitaria in possesso del medico competente, è avvenuta nel rispetto delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", e con salvaguardia del segreto professionale.

Data

Il medico competente

.....
Per ricevuta, il datore di lavoro
(o persona da questi delegata)

Alla ASL
Sede di
Alla Procura di

Oggetto: Malattia professionale

Denuncia ex art. 139 DPR 112/65 e art. 10 D.Lgs. 38/2000

Referto ex art. 365 C.P. e art. 334 C.P.P.

Il/la sottoscritto/a Dr.
in qualità di
informa che in data presso ha visitato
il/la Sig./a nato/aa.....
il e residente in

(Comune, via e n° civico, eventuale domicilio locale se diverso dalla residenza)

e lo/la ha riscontrato/a affetto/a da (*compilare la tabella di seguito riportata*):

Malattia *	Agente	Lista **	Codice identificativo (solo per malattie in Lista I e II)
.....

La diagnosi è di probabilità certezza

Comunica altresì, in base alla documentazione od anamnesi raccolta che:

1 - la persona in questione è lavoratore o lavoratrice:

dipendente autonoma/o pensionato/a altro:
presso la Ditta Partita IVA
(ragione sociale)

indirizzo
(Comune, via e n° civico)

2 - la malattia sopra indicata è stata diagnosticata per la prima volta il:
in occasione di

visita preventiva visita periodica visita richiesta dal lavoratore
 altro (specificare):

3 - **si allega** copia degli accertamenti diagnostici relativi all' malattia;

4 - **altre indicazioni** (possibili concuse, alterazioni o patologie concomitanti o pregresse di interesse ai fini della eziopatogenesi dell'affezione descritta):

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- Apostoli P, Cristaudo A, Violante FS: (coordinatori) et al.: *Linee guida per la sorveglianza sanitaria*. Nuova Editrice Berti, Piacenza, 2017.
- Deidda B, Monni L: *La responsabilità penale del medico del lavoro*. G. Giappichelli Editore, Torino, 2015.
- ICOH, Codice Internazionale di Etica per gli Operatori di Medicina del Lavoro, 2016. <http://www.icohweb.org/site/core-documents.asp> (ultimo accesso 5.9.2018).
- Magnavita N. (a cura di): *Medicina del Lavoro pratica. Manuale per i Medici Competenti*. Wolters Kluwer, Milano, 2018.
- Messineo A, Marsella T "Attività, ruolo e funzioni del medico competente. La sorveglianza sanitaria" Quaderni di Medicina e Igiene del Lavoro Ed SEU Roma 2016
- Sacco A: I videoterminali negli ambienti di lavoro. Edizioni FS, Milano, 2018 (pp. 245).
- Sacco A: Il medico competente. Guida pratica alla professione. EPC Editore Roma, 2020 (pp. 464). ISBN: 978-88-6310-946-7
- Sacco A, Magrini A, De Lorenzo G: *Adempimenti medico-legali del medico competente*. G Med Mil, 2016; 166(1): 73-80.
- Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML): *Patologie lavoro-correlate. Iter diagnostico, gestione e riconoscimento*. Nuova Editrice Berti, Piacenza, 2014.

CAPITOLO IX

LE CERTIFICAZIONI DI INFORTUNIO E DI MALATTIA PROFESSIONALE

A. Mele, P. Rossi, A. Ossicini

PREMESSA

L'Assicurazione Obbligatoria contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali è gestita in via esclusiva dall'INAIL, *Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro*, Ente pubblico non economico sottoposto alla vigilanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Per infortunio, ai sensi dell'art. 2 del T.U. di cui al d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124, si intende quell'evento «avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni».

La malattia professionale è, invece, definita all'art. 3: «l'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella allegato n. 4 le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella [...]».

Inizialmente le malattie professionali erano soltanto quelle elencate nella tabella allegata al predetto T.U. Con le sentenze 18 febbraio 1988, n. 179, e 25 febbraio 1988, n. 206 la Corte Costituzionale ha introdotto la possibilità di provare la natura professionale della malattia sia quando essa non sia tabellata sia quando, pur tabellata, sia trascorso il tempo massimo prescritto dalla cessazione dell'attività rischiosa: a seguito di questa epocale sentenza, in Italia vige il cosiddetto *sistema misto* di tutela. (Circolare Inail del 12 maggio 1988, n. 23) Oggi le malattie tabellate per le quali opera la presunzione legale di origine sono quelle indicate al d.m. 9 aprile 2008 (è attualmente in corso un aggiornamento) che prevede una tabella per l'industria e una per l'agricoltura. Le

malattie individuate, contratte a causa delle lavorazioni individuate, devono essere denunciate entro un determinato periodo, stabilito anch'esso nelle tabelle, il "periodo massimo di indennizzabilità".

A seguito dell'introduzione del sistema misto, comunque, può essere definita malattia professionale «qualsiasi stato morboso che possa essere posto in rapporto causale con lo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa» (1)(2); oppure «sono malattie professionali quelle patologie dovute all'azione nociva lenta e protratta nel tempo a causa, di un lavoro o di materiali, o di agenti o di fattori negativi presenti nell'ambiente in cui svolge l'attività lavorativa» (3).

Elementi essenziali dell'infortunio lavorativo sono rappresentati dalla involontarietà (evento accidentale, fortuito: la colpa collegata ad azioni di negligenza, imperizia e imprudenza del lavoratore non esclude il riconoscimento come infortunio sul lavoro), dalla causa violenta e dall'occasione di lavoro. Quest'ultima, rappresenta qualsiasi situazione ricollegabile allo svolgimento dell'attività lavorativa in modo diretto o indiretto ed è, quindi, un concetto più ampio rispetto al luogo ed all'orario di lavoro.

Differenza sostanziale tra infortunio e malattia professionale è rappresentata dalle caratteristiche della causa che genera l'evento tutelato: nel primo caso, come detto, la causa è violenta, ossia esterna all'organismo del lavoratore e agente in maniera concentrata nel tempo (turno di lavoro); nel secondo caso la causa lavorativa che determina la malattia agisce in modo diluito nel tempo, cioè richiede più turni di lavoro per esplicare il suo potere nocivo.

Ulteriore differenza è che nel caso dell'infortunio il lavoro costituisce l'occasione di incontro tra la causa violenta e l'organismo del lavoratore, mentre nel caso della malattia professionale il lavoro è la causa della malattia (4) (5).

È bene focalizzare in questa sede l'occorrenza delle **malattie-infortunio**, ovvero di quelle malattie infettive che possono essere state causate dall'esposizione lavorativa. Si tratta di malattie che, per modalità di verificazione, richiamano il principio della causalità relativo agli infortuni. Ciò in quanto la causa virulenta è assimilata alla causa violenta (momento infettante unico). Tutte le malattie infettive e parassitarie devono essere trattate come infortunio, ad eccezione dell'anchilostomiasi, inquadrata come malattie professionali nelle rispettive tabelle in industria e in agricoltura (ribadito con Circolare Inail 23 novembre 1995, n. 74).

In analogia con l'infezione carbonchiosa ex art. 2 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, sono ammesse in tutela anche altre forme di malattie infettive e parassitarie *sub specie juris* di infortunio sul lavoro (6).

Così, saranno considerate infortunio quelle malattie trasmesse per via aerea, parenterale, etc. con penetrazione dei germi responsabili dell'infezione nell'organismo del lavoratore: epatite, HIV, tubercolosi, legionellosi, spirochetosi, etc. Pertanto, in questi casi e con la citata eccezione dell'anchilostomiasi, il medico certificatore dovrà procedere alla redazione di un **certificato di infortunio lavorativo** e non di malattia professionale.

Infine, è bene ricordare che nell'ambito degli **infortuni lavorativi** rientrano, ope legis, secondo quanto disposto all'art. 12 del d.lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, anche quelli **in itinere** ovvero "gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti" salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate (7).

INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA (ITA)

Prima di entrare nel merito delle certificazioni, risultano utili alcune precisazioni sotto il profilo concettuale, ad esempio, in merito allo stato di **inabilità temporanea assoluta** determinato dall'infortunio o dalla malattia professionale.

Anche nelle tecnopatie, infatti, possono esserci periodi di inabilità temporanea assoluta correlati alla fase acuta del processo morboso per cui, come per l'infortunio, possono essere compilati primi certificati, certificati continuativi, definitivi e di riammissione in temporanea.

Premesso che non grava sul medico certificatore entrare nel merito della tutelabilità o meno dell'evento da parte dell'Inail, è bene, tuttavia, che **il medico certificatore, conosca alcuni principi su cui poggia la prognosi medico-legale in ambito INAIL**.

Nello specifico, esistono importanti differenze tra **malattia in senso clinico** e **inabilità temporanea assoluta INAIL** e che quest'ultima è ancora diversa dall'**infermità comportante incapacità lavorativa tutelata invece da INPS**.

Infatti, la perturbazione dello stato di salute psico-fisico di un individuo, determinata dalla **malattia**:

- si interrompe con la **guarigione clinica** che consiste, appunto, nel riacquistare completamente la salute,
- oppure prosegue cronicizzandosi e conducendo ad un nuovo punto di equilibrio dell'organismo umano, uno stato di salute "nuovo" rispetto a quello

precedente, che risente di una modificazione peggiorativa oramai stabilizzata dello stato anteriore,

- oppure ancora conduce a morte il soggetto.

Difformemente a questa concettualità clinica, in ambito INAIL **viene in rilievo solo l'inabilità temporanea assoluta**: tanto è vero che la certificazione di infortunio o malattia professionale richiama la necessità di riferirsi alla assoluta *inabilità lavorativa* e non alla malattia *sensu stricto*, indicandone la durata (primo certificato e certificato continuativo) o la sua cessazione (certificato definitivo). La definizione di **inabilità temporanea assoluta** è contenuta nell'art. 68 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124: «*A decorrere dal quarto giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale e fino a quando dura l'inabilità assoluta, che impedisca totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro* è corrisposta all'infortunato stesso un'indennità giornaliera nella misura del sessanta per cento della retribuzione giornaliera calcolata secondo le disposizioni degli articoli da 116 a 120 [...].».

Quindi, l'*inabilità temporanea assoluta deve impedire totalmente e di fatto* all'infortunato di attendere al lavoro e **soltanto in alcuni casi la cessazione di questo periodo coincide con la guarigione clinica del soggetto**, come può avvenire, ad esempio, in caso di soggetto operaio o artigiano destrimane addetto a lavori manuali di tipo fine, che riporta una frattura delle dita della mano destra.

Ne deriva che:

- eventuali cascami di inabilità temporanea parziale residuati al termine del periodo di totale inabilità temporanea, non possono ex *lege* essere valutati soltanto in alcune fattispecie la riabilitazione e la convalescenza potranno essere ricomprese nella prognosi medico-legale INAIL, con riferimento alla totale inabilità temporanea propria di "quel lavoratore", con le sue specifiche caratteristiche *intrinseche* (precedenti menomazioni o lesioni correnti o coesistenti, caratteristiche eredo-costituzionali che condizionano l'iter terapeutico e l'evoluzione delle lesioni, etc.) ed *estrinseche* (*ex cursus* diagnostico-terapeutico complicato da eventi avversi, ubicazione e caratteristiche della propria abitazione e dell'ambiente di lavoro, possibilità di raggiungere il luogo di lavoro, attività lavorativa svolta, etc.) (8).

La valutazione medico-legale in ordine alla ricorrenza del presupposto della **temporanea assoluta inabilità** «va espressa con riferimento alla possibilità per il lavoratore infortunato di esercitare il proprio (specifico) mestiere e non una qualsiasi attività proficua. In tal senso l'impedimento che sostanzia la

condizione di inabilità temporanea assoluta prevede oltre alla impossibilità fisica all'espletamento della specifica attività lavorativa anche la incompatibilità di quest'ultima con esigenze terapeutiche ovvero con la necessità di prevenire un maggior danno» (9).

Di recente è stato chiarito che per preciso e inequivocabile dettato normativo non è richiesto «*di accertare e certificare che il lavoratore abbia pienamente recuperato l'attitudine al lavoro ma, al contrario, che sia cessato lo stato di inabilità assoluta.* Quest'ultimo giudizio, quindi, può e deve essere espresso anche quando residuino parziali impedimenti temporanei al lavoro che, tuttavia, non pregiudichino la maggior parte delle attività proprie dell'occupazione dell'infortunato o tecnopatico (criterio che potremmo definire quantitativo) o quelle maggiormente qualificanti (criterio che potremmo definire qualitativo) [...] è ben possibile che alla cessazione dell'erogazione dell'indennità per inabilità temporanea assoluta, residui uno stato di parziale inabilità temporanea che sia di ostacolo alla ripresa dell'attività lavorativa» (10).

Meritano attenzione anche ulteriori circostanze che debbono essere valutate, caso per caso, poiché potrebbero configurare una inabilità temporanea assoluta:

- a) quando **la lesione non consenta al lavoratore di recarsi sul luogo di lavoro** anche se, una volta giuntovi, potrebbe, come in caso di lavoro sedentario, svolgere la sua normale attività (per esempio per lesioni agli arti inferiori);
- b) quando l'allontanamento dal lavoro sia giustificato, in via precauzionale, dal fatto che il suo esercizio **potrebbe aggravare le conseguenze** dell'infortunio.

Ulteriormente deve essere specificato come **l'inabilità temporanea assoluta (ITA) per i lavori intellettuali e tecnico-intellettuali** «non coincide con il tempo necessario a riprendersi dall'infortunio o a guarire dallo stato di malattia, bensì è commisurata al periodo di tempo durante il quale l'evento patologico inibisce **totalmente** il professionista, in modo tale che quest'ultimo **non riesca a svolgere in concreto alcun compito o mansione del lavoro** cui era addetto al momento della insorgenza del processo morboso. In altri termini, l'inabilità rilevante ai fini dell'indennizzo coincide con **l'impedimento a riprendere ogni funzione della medesima attività lavorativa...** detto impedimento non debba consentire la ripresa **neanche in minima parte del lavoro**, posto che **l'inabilità parziale non è affatto indennizzabile [...]»** (11).

RICADUTA INAIL (RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA)

La “**ricaduta**” rappresenta la «*riacutizzazione sintomatologica di menomazioni non legate ad una nuova causa violenta e quindi ad un nuovo agente etiologico [...] è necessario che permangano nell'individuo quelle condizioni (anatomopatologiche, batteriche, tossiche, ecc.) idonee a determinare una riacutizzazione, come sopra detto, dello stato inabilitante del soggetto e che si verifichi, quindi, la riaccensione di un processo patologico in via di guarigione o apparentemente guarito [...]*»; in buona sostanza, è la «*ripresa di sintomi patologici dopo un periodo di remittenza*» (4) (5) (12).

Si tratta di un episodio che si riconnette ad un evento precedente, di una «ulteriore manifestazione di una stessa lesione/malattia» che si riteneva stabilizzata o definitivamente evoluta al momento della interruzione della inabilità temporanea assoluta, cioè al momento della riammissione al lavoro», del «riapparire dei sintomi morbosi ovvero il riacutizzarsi spontaneo del processo lesivo, persistendo la condizione anatomo-patologica, batterica, tossica idonea a determinare lo stato di ulteriore malattia» (13).

Sicché, potrà essere riconosciuto *sub specie* di “ricaduta” un nuovo periodo di inabilità temporanea assoluta (ITA) per l’effettuazione di un intervento chirurgico che si rendesse necessario, *a titolo esemplificativo*, per la rimozione dei mezzi di sintesi precedentemente impiantati nel corso di un periodo di inabilità temporanea assoluta già riconosciuto da INAIL. Di contro, per esempio, non potrà essere accolta la richiesta di riammissione in temporanea certificata dal curante con esclusivo riferimento alla riaccensione di un quadro sintomatologico, senza che vengano portati in rilievo elementi tali da costituire un *quid pluris* rispetto alle condizioni che erano presenti al momento della definizione del precedente periodo di inabilità temporanea assoluta.

Importante, per il medico che deve redigere il certificato su richiesta dell’utente, è sapere che il *certificato di ricaduta* può essere redatto:

- per l’infortunio, entro 10 anni dal suo verificarsi;
- per la malattia professionale, entro 15 anni dalla sua manifestazione primaria.

RECIDIVA INAIL (NUOVO EVENTO)

Al medico certificatore può anche essere richiesto di certificare un nuovo evento infortunistico che comporti il riacutizzarsi, il rimanifestarsi di un quadro algico e/o disfunzionale su un distretto articolare già interessato da altro evento traumatico tutelato.

La **recidiva** è, quindi, il «*riprodursi di un effetto patologico già verificatosi per*

altro evento infortunistico [...] costituisce, *di per sé*, un fatto nuovo causato da un momento etiologico non necessariamente simile al precedente [...] viene avvalorata, quindi, l'**esistenza di una nuova causa violenta**». Si tratta della «ricomparsa di uno stato algodisfunzionale già manifestatosi nel corso di un altro infortunio e già definito, all'epoca, con o senza postumi invalidanti», di un «nuovo infortunio, per il quale va istruita pratica a parte» (4) (5) (12).

La **recidiva** «presuppone uno stato di guarigione completo della preesistente affezione morbosa a cui segue, in occasione o per causa di lavoro, un nuovo incontro con lo stesso agente lesivo ovvero un rinnovato contatto con la noxa patogena, provocando una reinsorgenza della malattia, con nuovo decorso» (13).

Si tratta, in conclusione, di «un nuovo evento infortunistico o tecnopatico tutelabile in modo autonomo» (13).

In caso di malattia professionale, si tratta della *comparsa di una nuova noxa patogena* (4) (5).

In questi casi, il **medico certificatore deve** comportarsi come se si trovasse davanti ad un nuovo evento infortunistico o ad una nuova malattia professionale e **redigere, pertanto, un primo certificato**.

IL CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO LAVORATIVO (MOD. 1 SS)

Ai sensi dell'art. 53 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 è previsto che «*Il datore di lavoro è tenuto a denunciare all'Istituto assicuratore gli infortuni da cui siano colpiti i dipendenti prestatori d'opera, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità [...] La denuncia all'Inail deve essere corredata da certificato medico*».

Le denunce obbligatorie per il medico comprendono:

- la denuncia di malattie professionali,
- la denuncia dei casi di lesione da cui sia derivata o possa derivare una inabilità permanente al lavoro,
- la denuncia degli infortuni agricoli e degli artigiani.

Nell'ambito dell'attività certificativa si distinguono classicamente certificati *obbligatori* e *facoltativi* e, tra i primi, sono ricompresi il primo certificato di infortunio industriale, il certificato medico di continuazione di inabilità in caso di infortunio e/o malattia professionale, il certificato-denuncia di infortunio agricolo, la denuncia dei medici radiolesi: va comunque tenuto presente che, alla luce di quanto previsto dall'art. 24 ("Certificazione") del *Codice di Deontologia medica*, il medico è tenuto in ogni caso al loro rilascio.

Tra i doveri professionali del medico rientra, dunque, quello di redigere **il certificato medico di infortunio**, di cui esistono diverse tipologie:

il *primo certificato* che correda la denuncia negli infortuni industriali o che può sostituirla nel caso di quegli infortuni occorsi a lavoratori autonomi, artigiani o agricoli, che si trovano in condizioni tali da non poter compilare direttamente la denuncia (così come avviene per le malattie professionali),

il *certificato continuativo*, con il quale si prolunga il periodo di inabilità temporanea assoluta formulato nel primo certificato,

il *certificato definitivo*, con il quale si attesta il termine del periodo di inabilità temporanea assoluta,

il *certificato di riammissione in temporanea* nel caso in cui il medico riconosca gli estremi della ricaduta.

- a) il *primo certificato* che correda la denuncia negli infortuni industriali o che può sostituirla nel caso di quegli infortuni occorsi a lavoratori autonomi, artigiani o agricoli, che si trovano in condizioni tali da non poter compilare direttamente la denuncia (così come avviene per le malattie professionali),
- b) il *certificato continuativo*, con il quale si prolunga il periodo di inabilità temporanea assoluta formulato nel primo certificato,
- c) il *certificato definitivo*, con il quale si attesta il termine del periodo di inabilità temporanea assoluta,
- d) il *certificato di riammissione in temporanea* nel caso in cui il medico riconosca gli estremi della ricaduta.

Il primo certificato viene redatto generalmente presso strutture sanitarie pubbliche e in alcuni casi dal medico curante.

Il lavoratore, in ipotesi alternativa, può anche recarsi presso le Unità socio-sanitarie della sede INAIL territorialmente competente rispetto alla propria residenza/domiciliazione e richiedere di essere visitato ai fini del rilascio delle certificazioni da produrre al datore di lavoro: in questi casi, generalmente, si tratta di richieste inerenti *certificati continuativi* o *definitivi*, altre volte queste riguardano l'apertura di un incarico di *ricaduta*, per un'eventuale *riammissione in temporanea*.

Il certificato di infortunio (**Mod. 1SS**) è composto da **due pagine**:

► La **prima pagina**, in **3 copie** (copia A per l'assicurato, copia B per l'Inail e copia C per il datore di lavoro) richiede l'indicazione dei seguenti dati:

- tipo di certificato (*primo, continuativo, definitivo, per riammissione in temporanea*);

- dati anagrafici dell'assicurato;
- dati identificativi del datore di lavoro;
- cause e circostanze dell'evento;
- diagnosi;
- prognosi.

N.B. La prognosi in questo caso, dovrebbe essere di tipo medico-legale, in quanto si rifà al concetto di inabilità temporanea assoluta.

► **La seconda pagina, in 2 copie** (copia A per l'assicurato e copia B per l'Inail) richiede l'indicazione dei seguenti dati:

- obiettività;
- accertamenti praticati;
- sussistenza di eventuali preesistenze (quadri menomativi o invalidanti derivati da eventi lesivi o affezioni morbose verificatisi prima dell'evento infortunistico attuale) sia lavorative, sia extralavorative;
- altri elementi di carattere clinico.

IL CERTIFICATO DI MALATTIA PROFESSIONALE (MOD 5 SSbis)

Ai sensi dell'art. 53 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, la denuncia di malattia professionale deve essere corredata da certificato medico che «deve contenere, oltre l'indicazione del domicilio dell'ammalato e del luogo dove questi si trova ricoverato, una **relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore**. I **medici certificatori hanno l'obbligo di fornire all'Istituto assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie**».

Il nuovo modello del certificato (**Mod 5 SSbis**) si compone di **tre copie**.

- La **copia A** per l'Inail e la **copia B** per l'assicurato si articolano su **3 pagine**, contenenti:
 - **a prima**, i dati anagrafici dell'assicurato e del medico certificatore, la diagnosi e le informazioni sull'attività lavorativa e sull'agente/esposizione/rischio che presumibilmente hanno causato la malattia e i dati anagrafici del medico certificatore;
 - **la seconda**, l'anamnesi patologica/sanitaria dell'assicurato;
 - **la terza**, i dati identificativi del datore di lavoro attuale o ultimo e l'anamnesi lavorativa. La sua compilazione è a cura dell'assicurato.
- La **copia C**, da consegnare al datore di lavoro, si articola su **2 pagine** e contiene le stesse informazioni delle precedenti copie, ad esclusione dei

dati sensibili riferibili all'anamnesi patologica/sanitaria dell'assicurato e di quelli relativi al datore di lavoro per il quale il lavoratore svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia.

Nel nuovo certificato di malattia professionale le informazioni mediche necessarie ai fini della richiesta di riconoscimento delle prestazioni assicurative sono integrate con quelle utili ai fini del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate, istituito presso l'Inail ai sensi dell'art. 10, comma 5, del D. Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38.

N.B. l'accertamento del nesso casuale in tema di malattie professionali spetta ai medici dell'INAIL. Al medico certificatore è richiesto di raccogliere nella certificazione una serie di dati dal lavoratore, utili alla successiva ricostruzione del nesso. Il rilascio della certificazione, dunque, basandosi su dati di natura prevalentemente anamnestica, non costituisce per il medico certificatore l'assunzione dell'onere e della responsabilità di attestare la genesi lavorativa della malattia ma rappresenta soltanto l'innesco del processo accertativo effettuato dall'INAIL.

IL D.LGS. 14 SETTEMBRE 2015, N. 151: TRASMISSIONE TELEMATICA DEL CERTIFICATO DI INFORTUNIO E DI MALATTIA PROFESSIONALE.

Il d.lgs. 14 settembre 2015, n. 151, con l'art. 21 ha apportato modifiche all'art. 53 del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124, in precedenza ricordato, per cui «**qualsiasi medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore.** Ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, **direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione.** La trasmissione per via telematica del certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, di cui ai commi ottavo e nono, è effettuata utilizzando i servizi telematici messi a disposizione dall'Istituto assicuratore. I dati delle certificazioni sono resi disponibili telematicamente dall'Istituto assicuratore ai soggetti obbligati a effettuare la denuncia in modalità telematica, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni».

In base a tali disposizioni, il medico che presti la prima assistenza ad un lavoratore agricolo ha l'obbligo di redigere il certificato medico il quale deve essere

trasmesso all'INAIL dal medico stesso per via telematica direttamente o per il tramite della struttura sanitaria - se competente al rilascio - in cui è incardinato. Il certificato continua, quindi, a valere come denuncia dell'infortunio nell'ipotesi di lavoratore autonomo che si trovi nell'impossibilità di effettuarla nei termini. Per i lavoratori autonomi e per quelli subordinati a tempo determinato, la denuncia della malattia professionale deve essere effettuata dal medico che ha prestato la prima assistenza con un modulo apposito che funge da denuncia e da certificato medico (c.d. certificato-denuncia) entro 10 giorni dalla data della prima visita medica.

Per i lavoratori autonomi del settore agricoltura che si trovino nella impossibilità di provvedere direttamente all'invio della denuncia, detto obbligo nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio telematico del certificato da parte del medico o della struttura sanitaria che abbia prestato la prima assistenza, ferma restando la necessità di inoltrare, comunque, la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative (art. 25 del D. Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38 e art. 1, comma 7, del DM 29 maggio 2001).

Anche per detto certificato vige l'obbligo in capo al medico di trasmetterlo per via telematica direttamente o per il tramite della struttura sanitaria - se competente al rilascio - in cui è incardinato.

Alcuni chiarimenti

La circolare del Ministero della salute 17 marzo 2016, n. 7348 ha fornito "Chiarimenti applicativi art.21 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n.151". Più in particolare, è stato precisato cosa si deve intendere con i seguenti termini:

- «*qualsiasi medico*»: richiesta di intervento professionale che rientri in una prestazione inquadrabile come "prima assistenza";
- «*prima assistenza*»: prestazione professionale qualificata rientrante nell'ambito di procedure organizzative strutturate per fornire assistenza medica, anche solamente di base;
- «*trasmissione telematica*»: connettività nell'orario di prestazione dell'attività professionale resa presso la relativa struttura di appartenenza (studio medico, ambulatorio o struttura ospedaliera);
- «*termine temporale da rispettare*»: può essere ragionevolmente individuato nelle **48 ore previste** dalla lettera r) dell'art. 18 del D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81, **nell'arco temporale massimo delle ore 24:00 del giorno successivo alla prestazione effettuata**.

Le istruzioni su **come ottenere le credenziali di accesso** alla procedura di tra-

smissione telematica - sono abilitati al servizio *online* le strutture ed i medici ospedalieri ed i medici esterni (medici di famiglia) - e relative alle modalità di compilazione del certificato sono agevolmente reperibili sul sito www.inail.it nei manuali utente *Certificati medici di infortunio telematici* e *Certificati medici di malattia professionale online*.

Con circolare Inail del 21 marzo 2016, n. 10, considerata la rilevanza e la complessità degli interventi da realizzare, era stato previsto il termine per la trasmissione telematica entro e non oltre il 30 aprile 2016: in prosieguo, tenuto conto delle segnalazioni di criticità e delle plurime richieste pervenute di prorogare la fase transitoria consentendo l'invio del certificato all'indirizzo PEC della sede Inail di competenza, **il termine indicato è stato differito a data ancora da stabilire** (lettera della Direzione centrale Rapporto assicurativo Inail del 2 maggio 2016), anche al fine di evitare disagi all'utenza e di garantire la tempestiva istruttoria delle pratiche d'infortunio e di malattia professionale.

OBBLIGHI PER IL LAVORATORE E PER IL DATORE DI LAVORO

INTRODOTTI DAL D.LGS. 14 SETTEMBRE 2015, N. 151

L'articolo 52 del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 fa obbligo al lavoratore di dare immediata notizia di qualsiasi infortunio che gli accada, anche se di lieve entità, al proprio datore di lavoro, nonché a denunciare allo stesso datore la malattia professionale entro 15 giorni dalla sua manifestazione, sotto pena di decadenza dal diritto all'indennizzo per il tempo antecedente alla denuncia.

Con le novità introdotte dal d.lgs. 14 settembre 2015, n. 151, il lavoratore deve fornire al datore di lavoro il numero identificativo del certificato, la data della sua emissione e i giorni di prognosi relativi all'evento: questi elementi sono necessari perché, poi, possa essere rintracciato dal datore di lavoro per i suoi adempimenti. Il datore di lavoro deve, infatti, inoltrare in modalità telematica la denuncia all'Istituto entro i 2 giorni (in caso di infortunio) ovvero i 5 giorni (in caso di malattia professionale) successivi a quello in cui ne ha avuto notizia: a tal fine, dal 22 marzo 2016, sono disponibili gli applicativi per la consultazione, da parte del datore di lavoro munito di credenziali di accesso, del certificato medico trasmesso per via telematica, in apposita sezione del portale dell'Istituto.

In caso di infortunio mortale, o per il quale si prevede la morte, la denuncia deve essere presentata entro le 24 ore successive all'evento.

In caso di inerzia del datore di lavoro, il lavoratore può denunciare egli stesso l'infortunio.

DENUNCIA/SEGNALAZIONE DI MALATTIA PROFESSIONALE

EX ART. 139 DEL DPR 30 GIUGNO 1965, N. 1124

Ulteriore obbligo certificativo deriva dalla denuncia/segnalazione ex art. 139 del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 delle malattie professionali di cui all'elenco contenuto nel DM Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 10 giugno 2014: la finalità è prevenzionale/epidemiologica, ma integra grande utilità anche ai fini "assicurativi", in quanto fornisce indicazioni per la modifica e per l'integrazione delle *Tabelle delle malattie professionali* (11).

La denuncia deve essere presentata agli Ispettorati territoriali del lavoro (con l'art. 3 del d.lgs. 14 settembre 2015, n. 149 e con il d.p.c.m. del 23 gennaio 2016, in vigore dal 1 gennaio 2017, è cessata l'operatività delle Direzioni territoriali del lavoro), alle Aziende sanitarie locali ed al *Registro Nazionale Malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate* presso le sedi Inail.

Dal 22 marzo 2016, con la trasmissione per via telematica del certificato di malattia professionale, si intende assolto, per le tecnicopatie indicate nell'elenco, l'obbligo di trasmissione della denuncia di cui al citato articolo 139, ai fini dell'alimentazione del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate, di cui all'articolo 10, comma 5, del d.lgs. 23 febbraio 2000, n. 38.

REPERIBILITÀ DEL LAVORATORE INFORTUNATO

Con specifico riferimento alla problematica legata all'estensione dell'obbligo di disponibilità al lavoratore assente per infortunio sul lavoro ovvero per malattia professionale, «preso atto dell'orientamento da ultimo emergente all'interno della Suprema Corte (Cass. n. 1247/2002 e n. 15773/2002)», secondo cui «il rispetto da parte del lavoratore delle fasce orarie di reperibilità, pur non essendo direttamente disciplinato dalle disposizioni legislative che fissano lo specifico obbligo in caso di assenza per malattia (art. 5 legge n. 463/83), tuttavia può legittimamente essere imposto dalla contrattazione collettiva», è stato chiarito con lettera della Direzione centrale Prestazioni Inail del 27 marzo 2003 che «laddove previsto nei contratti collettivi ed ai soli fini disciplinari, vige l'obbligo del rispetto delle fasce di disponibilità. Tuttavia, l'eventuale esistenza di una clausola contrattuale di tale tenore non può in alcun modo condizionare le modalità operative attraverso le quali l'Istituto provvede all'accertamento in ordine allo stato di infermità del lavoratore assente per infortunio o malattia professionale, né tantomeno può incidere sulla tutela infortunistica comunque da garantire all'assicurato [...] in nessun caso sarebbe possibile estendere all'assenza per infortunio la sanzione amministrativa

della perdita dell'indennità, in quanto specificamente dettata dalla legge (art. 5, comma 14, legge n. 463/83) con esclusivo riferimento all'assenza per malattia ordinaria».

ACCESSO PER RILASCIO CERTIFICAZIONI DI INFORTUNIO

Con nota della Direzione centrale organizzazione digitale del 26.02.2021 è stato chiarito che dal 28.02.2021 non è più possibile rilasciare nuove credenziali Inail a nessuna categoria di utenti, come previsto dal decreto legge 16 luglio 2020, n.76, convertito, con modificazioni dalla legge 11 settembre 2020, n.120 (decreto semplificazioni).

I soggetti, mai registrati o in possesso di credenziali light, che richiederanno l'abilitazione ad uno dei ruoli rilasciabili dal cruscotto, saranno pertanto obbligati ad accedere ai servizi online del portale www.inail.it esclusivamente con SPID, CNS o CIE.

Per le nuove strutture ospedaliere, l'abilitazione e la gestione dovrà essere effettuata all'interno del cruscotto di abilitazione ai servizi online. Il rilascio dell'abilitazione deve essere effettuato in capo al legale rappresentante indicato sulla modulistica, la cui utenza sarà il codice fiscale alfanumerico. Se il soggetto che richiede l'abilitazione è sconosciuto o in possesso di credenziali light, una volta ottenuta l'abilitazione dovrà obbligatoriamente accedere ai servizi online del portale con SPID, CNS o CIE.

Se già in possesso di credenziali dispositivo Inail, ottenuto il nuovo ruolo potrà continuare ad utilizzarle fino a data da definirsi e comunque entro e non oltre il 30 settembre 2021.

COMPENSI PER LA CERTIFICAZIONE DI INFORTUNIO SUL LAVORO E MALATTIA PROFESSIONALE

Per quanto riguarda la tematica dei compensi al medico certificatore che rilascia un certificato di infortunio o di malattia professionale, la legge 30 dicembre 2018, n. 145 (*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021*) ha previsto un sostanziale riassetto della materia, affermando - in analogia a quanto già avviene per il rilascio dei certificati telematici di malattia Inps - che «*nessun compenso può essere richiesto agli assistiti per il rilascio dei certificati medici di infortunio o malattia professionale*» (art. 1, comma 530).

Allo stesso tempo, è stato previsto che per «*l'attività di compilazione e trasmissione per via telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie*

competenti del Servizio sanitario nazionale, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale di cui all'articolo 53 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, l'Inail, a decorrere dal 1° gennaio 2019, trasferisce annualmente al Fondo sanitario nazionale l'importo di euro 25.000.000» (art. 1, comma 526).

Detto importo può essere rivisto, con periodicità prevista dalla norma, sulla base dell'aumento della percentuale del rapporto tra il numero di certificati compilati e trasmessi telematicamente all'Inail e gli infortuni e le malattie professionali denunciati nel biennio di riferimento rispetto a quello precedente, con possibilità di ulteriore incremento, in relazione alla integrale trasmissione dei certificati per via telematica (art. 1, comma 529).

Sono in corso da parte dell'Inail alcune iniziative per facilitare la trasmissione telematica dei certificati, nonché per semplificare il contenuto dei dati trasmessi attraverso la certificazione.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- 1 - FIORI A., *La causalità nelle malattie professionali*, in *Atti del VI Convegno nazionale di medicina legale previdenziale*, Roma, 2006.
- 2 - DE FELICE M., GOGGIAMANI A., MOSCA R., VELTRONI M., *Malattie professionali. Un modello di lettura (della numerosità) su "open data" dell'Inail*, in *Quaderni di Ricerca Inail*, n. 4, dicembre 2014.
- 3 - MICCIO A., OSSICINI A., in *Atti Convegno Pisa "Nesso di causalità ai fini del riconoscimento di malattia professionale"*, 2007.
- 4 - OSSICINI A., CASALE M.C., GALLO M. "La probabilità nelle sentenze della Corte di Cassazione – 36° Congresso Simla Roma 2006
- 5 - OSSICINI A., *Infortuni e Malattie professionali. Metodologia operativa*, Ediz. Inail, 1998.
- 6 - OSSICINI A., *Infortuni e Malattie professionali. Metodologia operativa 2.0*, Ediz. Inail, 2014.
- 7 - INNOCENZI M., RULLO F., SFERRA C., OSSICINI A., *Malattia-Infortunio Trattazione in ambito Inail*, Ediz. Inail, 1999.
- 8 - BINDI L., MICCIO A., NALDINI S., ORSINI D., *Infortuni e Malattie Professionali: la Modulistica Sanitaria Inail*, Ed. Inail, 2010.
- 9 - MELE A., OSSICINI A., *Il concetto di I.T.A. – Inabilità temporanea assoluta: qual è il reale significato medico-legale in ambito INAIL*, in *Rivista degli Infortuni e delle Malattie professionali*, 2014; 1: 157.
- 10 - FUCCI P., ROSSI P., *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, in GIUSTI G., *Trattato di Medicina legale e Scienze forensi*, CEDAM, Padova, 2009, Vol. I, Cap. XXVI: 1185.
- 11 - MELE A., di LUCA N.M., LA PECCERELLA L., *Inabilità temporanea parziale: ritorno al futuro?*, in *Rivista degli Infortuni e delle Malattie professionali*, 2016; 2: 389.
- 12 - ROSSI P., *La tutela previdenziale e assistenziale delle Casse dei professionisti. Aspetti medico-legali*, Giuffrè, Milano, 2017.
- 13 - ERCOLANI G., MEZZETTI A.G., *Elementi pratici di procedura operativa in infortunistica sul lavoro*, Milano, Inail, 1989.
- 14 - FUCCI P., ROSSI P., *La Medicina legale degli infortuni e delle malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 1999.
- 15 - OSSICINI A., MORTARA V., *Revisione annuale delle tabelle ex. art. 139 ed ex art.3 e 221 del T.U. n.1124/1965, Articolo del mese dicembre*, sito Medico Competente, 2008.

CAPITOLO X

LE CERTIFICAZIONI A FINI PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI E DI MALATTIA

10.1 Le certificazioni di malattia

L. De Zorzi, C. Patrizi

PREMESSA

Appare non ulteriormente procrastinabile la necessità di chiarire in maniera univoca, scevra da errori di interpretazione e facilmente applicabile a tutti i contesti professionali, la questione della CERTIFICAZIONE DI MALATTIA AI FINI DELLA INCAPACITA' TEMPORANEA AL LAVORO.

"Non mi sento bene, non posso lavorare, quindi avrei bisogno, dottore, di un certificato di malattia. Quanti giorni posso stare a casa?"

Questa, in sintesi la domanda che i medici curanti si sentono porre ogni giorno dai lavoratori che fanno richiesta di "certificazione di malattia" laddove le più disparate condizioni cliniche impediscono o impedirebbero ai pazienti di poter lavorare.

Molto si dice e si scrive, spesso a sproposito su questo delicato tema che attiene a numerose responsabilità - civili, penali, disciplinari, amministrativo/previdenziali - sia del medico che dell'utenza, attenendo altresì al livello di responsabilità sociale e culturale delle popolazioni coinvolte nei processi produttivi dei Paesi avanzati.

Appare, pertanto, utile fornire alcuni elementi di chiarezza per aiutare il medico - *che, nella sua qualità di curante, si trova ad emettere certificazione di malattia* - a destreggiarsi nella complessa legislazione che governa questo specifico settore, interpretata e regolamentata ulteriormente da Decreti e da Circolari di varie Autorità (INPS, Funzione Pubblica, Garante per la protezione dei dati personali).

ELEMENTI NORMATIVI

Bisogna innanzitutto premettere che, in Italia, il diritto che ai lavoratori "siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria" è un diritto di massimo rango giuridico perché sancito dall'art. 38 della Costituzione. Da questo articolo si ricavano tre concetti:

1. La "malattia" che qui si sta tutelando è una condizione NON SOLO meramente clinica, ma soprattutto quella che espone il lavoratore ammalato ad un'eventuale perdita del reddito, per cui il legislatore ha previsto un correlato **beneficio economico previdenziale** a cui si accede solo se la malattia stessa interferisce con lo svolgimento del lavoro;
2. L'infermità che sostiene il diritto deve essere **temporanea**, perché qualora fosse permanente accenderebbe il diritto a fruire dell'invalidità: quindi, si può certificare a questi fini solo la malattia acuta o l'episodio acuto di una malattia cronica;
3. Il beneficiario non è la persona nella sua qualità né di cittadino né di paziente, **ma solo ed esclusivamente di lavoratore**; quindi, deve esserci - o esserci stato entro tempi stabiliti - un rapporto di lavoro cui si applicano gli articoli del Libro Quarto del Codice Civile - Capi I, II, III (ex plurimis: art. 1218 c.c.).

Riassumendo, la finalità dell'assicurazione sociale **NON è quella di EMENDARE lo stato patologico, bensì quella di SOPPERIRE AD UN BISOGNO ECONOMICO sostituendo il salario o la retribuzione ordinaria sospesa durante la interruzione virtuale del rapporto di lavoro.**

In breve, la malattia - che non sia infortunistica /tecnopatica o tubercolare e che, comunque esprima un'INCAPACITÀ TEMPORANEA al lavoro - può essere:

1. Malattia comune RETRIBUITA

Il rischio è fissato nei contratti di lavoro, interessa **circa 3,5 Milioni di dipendenti** per lo più pubblici - ma anche privati (ad es. gli impiegati e dirigenti di aziende private) – e prevede la **conservazione del posto per un periodo generalmente di 18 MESI**.

2. Malattia comune INDENNIZZATA

Il rischio assicurato è sancito dall'art. 1 della legge 29 febbraio 1980, n. 33: ...*omissis* ... l'art. 2 è sostituito dal seguente:

<<Art. 2. - Nei casi di infermità comportante incapacità lavorativa, il medico curante redige in duplice copia e consegna al lavoratore il certificato di dia-

gnosi e l'attestazione sull'inizio e la durata presunta della malattia secondo gli esemplari definiti ...omissis ...

Interessa **circa 9 Milioni di lavoratori** e prevede una copertura indennitaria della malattia **in linea di massima per soli 180 GG/ANNO** cui sostanzialmente corrisponde anche il diritto alla conservazione del posto di lavoro (**COMPORTO¹**): l'INPS eroga indennità pari al 50% della retribuzione dal 4° giorno di malattia fino al 20° giorno compreso (dal 1° e con importi diversi, se gestione separata, ma solo se l'evento è maggiore di 4 giorni); poi, il procento sale normalmente al 66,66% (in modo più complesso e limitato nella gestione separata).

I soggetti del rapporto assicurativo sono il lavoratore/assicurato, il datore di lavoro/ assicurante e l'ente previdenziale/assicuratore (INPS), legati fra loro da un vero e proprio rapporto legale, denominato come *rapporto previdenziale*.

Preme sottolineare come una disciplina apparentemente identica della certificazione telematica di malattia, abbia invece filoni di normazione profondamente diversi e riflessi di grande impatto sui diritti e doveri – a volte, davvero opposti - dei lavoratori a seconda della loro appartenenza a qualifiche o a settori produttivi diversi.

Si noti, infatti, la differenza di tutela - da un lato 18 mesi, dall'altro 180 giorni/anno – quale prima grande differenza fra i due sistemi: un medico certificatore deve tenerla ben presente anche ai fini di informare i propri pazienti secondo varie modalità (avvisi, comunicazione diretta laddove possibile, ecc.) affinché verifichino le caratteristiche del proprio rapporto di lavoro e consentano al medico stesso di aggiornare le cartelle personali.

La disposizione dell'invio telematico del certificato di diagnosi in caso di infermità comportante incapacità lavorativa è stata ribadita, fin dal 2004, in diversi dispositivi di legge: ad oggi, il diretto interlocutore del medico certificatore è il SAC – non INPS – con l'esclusione delle Regioni dove è presente il SAR ovvero il Sistema di Accoglienza Regionale.

Quindi, il giro completo del certificato telematico è:

- medico certificatore (mediante o senza sistemi residenti sul PC personale) ⇔ SAC per il tramite di SISTEMATS ⇔ INPS;

¹ Periodo, la cui *durata* differenziata è stabilita dalla contrattazione collettiva di categoria o aziendale, durante il quale il lavoratore ha diritto alla *conservazione del posto di lavoro*, nonostante l'esecuzione della prestazione venga sospesa per fatto *inerente alla sua persona*. **Trascorso il PERIODO DI COMPORTO il lavoratore è esposto al RISCHIO DI LICENZIAMENTO.**

ovvero

- medico certificatore (mediante o senza sistemi residenti sul PC personale) ⇔ SAR mediante le Reti Regionali ⇔ SAC ⇔ INPS.

Ma chi è il medico certificatore? È il medico “curante” così come definito dall’art. 7 del dPCM 26 marzo 2008: **“OGNI MEDICO CURANTE DAL QUALE PUÒ PERVENIRE LA CERTIFICAZIONE DI MALATTIA”**.

Alla luce di questa definizione di “curante” già presente nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, non solo il medico di medicina generale può e deve certificare con modalità telematica la malattia del proprio assistito, ma questo obbligo – sancito dalla legge e dai regolamenti e ribadito dalla circolare 1/2010/DFP/DDI - grava anche sui medici ospedalieri e su quelli di Pronto Soccorso.

Il Dipartimento della Funzione pubblica è inoltre intervenuto anche negli anni successivi con proprie circolari per stabilire, e poi ribadire, che le **Amministrazioni** in caso di certificazioni di malattia ancora in forma cartacea **avevano il dovere di informare entro 48 ore la Asl di riferimento che a sua volta doveva azionarsi per sanzionare i medici/strutture inadempienti**.

Orbene, mentre al suo primo rilascio nel 2010, la trasmissione telematica dei certificati di malattia non prevedeva un format adatto alla trasmissione ospedaliera, già il dM salute 18 aprile 2012, con l’annesso disciplinare tecnico, prevedeva modifiche ed integrazioni dell’applicativo al fine di consentirla e concedeva alla Regioni 9 mesi perché adeguassero i relativi software.

Attualmente la situazione risulta ancora molto variegata, per cui molto spesso il lavoratore dimesso dall’ospedale che non ha seguito la prassi telematica, si trova in grave *impasse*, perché la legge ha previsto anche in capo al lavoratore, e non solo sul medico, gravi sanzioni disciplinari in caso di inottemperanza all’obbligo di presentare in modalità telematica il certificato.

In tali casi, il lavoratore che debba continuare la prognosi al domicilio potrà farsi rilasciare ancora dal medico ospedaliero dimettente il certificato cartaceo che, tuttavia, **deve essere completo di tutti i dati essenziali previsti** all’art. 8 del dPCM 26 marzo 2008 (vedi oltre al paragrafo “Il Certificato Telematico”): in tali casi, il lavoratore “è tenuto **entro due giorni** dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento” **se è dipendente privato indennizzato da INPS per la malattia** il certificato alla sede INPS competente per territorio di sua residenza e la attestazione al proprio datore di lavoro; **se è dipendente pubblico o privato NON indennizzato da INPS per la malattia** esclusivamente l’attestazione al proprio datore di lavoro.

N.B: si noti la differenza fra tempistica di invio del **telematico** che è **immedia-**

ta se la visita è ambulatoriale (p.to 5.5 dell'allegato 1 al dPCM 26 marzo 2008) in quanto è in capo al medico rispetto al cartaceo che invece richiedendo l'attivazione del malato si tollera procrastinata.

Nota: Molto spesso gli ospedali, alla dimissione, emettono una prognosi clinica, anche in virtù del fatto che il format precompilato degli applicativi informatici in uso prevede quella dicitura: si ricorda che, ai fini della tutela preventivale della malattia, la prognosi deve esprimere **NON** il presunto tempo di "guarigione", **BENSÌ** il presunto tempo di "incapacità al lavoro nella mansione specifica", per cui il certificato **dove presentare quest'ultima valutazione** e non la prima o, almeno, non solo quella.

Sotto altro profilo, il datore di lavoro è tenuto ad accettare anche il cartaceo come giustificazione dell'assenza del proprio dipendente, ma, vigendo l'obbligo del telematico, è altresì obbligato ad azionarsi presso la competente ASL come precedentemente già ricordato².

ELEMENTI MEDICOLEGALI

Rischio

Il RISCHIO ASSICURATO – cioè la condizione che deve verificarsi per accendere il diritto alla tutela - è l'"INFERMITÀ COMPORTANTE INCAPACITÀ LAVORATIVA TEMPORANEA".

Si tratta, dunque, di una condizione suscettibile di apprezzamento medico legale in cui sussistono due poli valutativi fra loro interagenti:

- *I'infermità* sostenuta da **MALATTIA** nosologicamente identificata o identificabile ovvero da **COMPLESSO SINDROMICO** non - o non ancora - connotato nosograficamente, situazioni entrambe opportunamente qualificate dalla triade *Anormalità, Evolutività, Alterazione Funzionale*;
- l'insieme dei compiti e delle specifiche attività che il prestatore di lavoro deve eseguire nell'ambito del proprio rapporto di lavoro (**mansione**).

² Circolare n. 4/2011/DFP/DDI - p.to 2 - ultimo capoverso

... *omissis* ...

Per concludere, si precisa che nel caso in cui il medico non proceda all'invio online del certificato di malattia, ad esempio perché impossibilitato a utilizzare il sistema di trasmissione telematica, ma rilasci la certificazione e l'attestazione di malattia in forma cartacea, il lavoratore presenta l'attestazione al proprio datore di lavoro e, ove previsto, il certificato di malattia all'INPS, secondo le modalità tradizionali. A fini di monitoraggio, come indicato dalla circolare n. 1/2010/DFP/DDI dell'11 maggio 2010, il datore di lavoro pubblico segnala via PEC, entro 48 ore, alla azienda sanitaria di riferimento di riferimento di aver ricevuto certificazione cartacea in luogo di certificato inviato in modalità telematica.

La prognosi che conseguentemente si deve esprimere non è clinica, ma medico legale: vale a dire che deve avere a riferimento solo il ripristino in quel lavoratore della capacità di lavoro specifica e non la guarigione clinica: sicché, potrà essere rispetto a quest'ultima addirittura nulla oppure inferiore, uguale o anche superiore.

In conclusione, può concretizzarsi il “*rischio assicurato*” quando sono presenti i seguenti elementi fondamentali:

In caso di malattia retribuita

1. **fatto biologico** condizione morbosa antecedente necessaria e qualificata, non aggravata da comportamenti del lavoratore;
2. **rilevanza sul rapporto di lavoro** (traslazione del rischio; verificabilità dello stato morboso; recesso/variazione del rapporto medesimo; rispetto di ogni prescrizione di legge).

In caso di malattia indennizzata

1. **fatto biologico** condizione morbosa antecedente necessaria e qualificata, non aggravata da comportamenti del lavoratore;
2. **rilevanza sul rapporto di lavoro** (traslazione del rischio; verificabilità dello stato morboso; recesso/variazione del rapporto medesimo; rispetto di ogni prescrizione di legge);
3. **rilevanza sul rapporto assicurativo** (indennizzabilità, automaticità, sinallagmaticità, e misura della prestazione, delimitazione temporale della stessa, sanzionabilità amministrativa).

È opportuno soffermare l'attenzione sugli elementi condivisi dai due diversi regimi di tutela:

- A. la condizione di **alterata salute**
- B. la **rilevanza sul rapporto di lavoro** in essere o da poco cessato/sospeso del richiedente la certificazione.

Il che significa che un'irregolarità nella certificazione, laddove non si configuri anche e ben più gravi profili penali, se sul piano assicurativo/previdenziale produce sanzioni a carattere meramente economico/amministrativo, sul piano invece del rapporto di lavoro accende in capo al lavoratore responsabilità disciplinari fissate proprio dal Codice civile, progressivamente severe fino al licenziamento.

Si inseriscono, qui, due concetti:

1. il lavoratore è **tenuto a provare** che non poteva eseguire la prestazione di lavoro.

Il certificato del curante - *seppure, dottrinalmente si considera "certificato di parte"* e, pertanto, non sufficiente ad integrare prova in senso giuridico - in virtù del principio del "maggior favore per il debole", può esserne mezzo o, come una recente sentenza (C. Cass. Penale, Sez. VI, n. 50969/2013) lo ha definito, "*documento di prova della realtà del fatto lecito*" purché prodotto nella forma e nei contenuti prescritti dall'ordinamento e dalle leggi.

2. il lavoratore **deve risarcire il danno** al proprio datore, se non è in grado di fornire la prova richiesta.

Concludendo, in altre parole, in caso di lavoratore ammalato che non esibisce il certificato di malattia nei tempi e modalità prescritte, lo stesso è esposto:

- a) *sul versante previdenziale*, al non indennizzo in caso debba subentrare l'INPS nell'erogazione dello stesso;
- b) *sul versante lavorativo*, ad un provvedimento disciplinare graduato secondo sanzioni ingravescenti, dalla sospensione non retribuita dal lavoro per un periodo variabile e fino al licenziamento;
- c) *sul versante civilistico*, al risarcimento del danno eventualmente prodotto al proprio datore, ivi compreso quello all'immagine.

Aspetti giuridici peculiari della certificazione di malattia

Gli elementi relativi alle norme che regolano il diritto alla retribuzione/indennizzo della malattia vengono qui richiamati in funzione del trattamento del certificato di malattia.

La legge 29 febbraio 1980, n. 33 **prevede esplicitamente che il lavoratore debba far pervenire un certificato di diagnosi** - e questo è stato ribadito in tutte le leggi susseguenti e nei regolamenti disciplinanti l'invio del certificato anche del lavoratore pubblico – e il regolamento circa la modalità telematica di invio del certificato emanato con **DPCM 26 marzo 2008, all'Art. 8 p.to d)**, prevede l'obbligatorietà dell'**esplicitazione della diagnosi** nel certificato, definito, all'Art. 7 del medesimo Decreto, come "*attestazione scritta di un fatto di natura tecnica destinata a provare la verità di fatti direttamente rilevabili dal medico curante nell'esercizio della professione, che attestati l'incapacità temporanea al lavoro, con l'indicazione della diagnosi*".

Dunque, non una qualsiasi diagnosi, ma una diagnosi che attesti la sussisten-

za dell'incapacità al lavoro: e qui, spesso è venuta in rilievo l'osservazione che non sempre è possibile pervenire immediatamente ad una "diagnosi" *sensu strictu* che identifichi un'entità nosograficamente descritta con compiuta certezza o, almeno, forte plausibilità.

Sicché, appare utile chiarire subito che il certificato di malattia è chiesto in rapporto alla pretesa giuridica vantata dal lavoratore in materia di indennizzo e di rapporto di lavoro: quindi, è idoneo a far valere diritti soggettivi da parte del richiedente. Pertanto, deve fedelmente descrivere solo l'effettiva realtà biologico/funzionale dell'istante, **della cui identità il medico è certo**: tale realtà deve essere solitamente obiettivata sulla persona, ma può anche concretarsi nella descrizione sindromica, purché il complesso sindromico sia effettivamente compromissivo della funzione esplorata.

Infatti, la C. Cass. Penale, Sez. I, n. 2207/1995, afferma che il certificato rilasciato da medico convenzionato SSN: "riveste **qualità di atto pubblico** per quelle parti concernenti la **provenienza del documento** dal pubblico ufficiale che lo ha formato e le **attestazioni relative all'attività svolta** (visita medica) nonché ai **fatti avvenuti in sua presenza** (presentazione del paziente) o **da lui rilevati** (eventuali segni e/o sintomi)". In queste parti, eventuali irregolarità o omissioni o altro potrebbero configurare il reato di cui all'art. 479 del codice penale.

Tuttavia, la medesima sentenza, nel non estendere la fidefacienza al giudizio diagnostico e prognostico "sia perché è basato sulle conoscenze scientifiche del pubblico ufficiale, sia perché costituisce una valutazione dei fatti accertati, insuscettibile di documentazione fidefaciente", sussume l'eventuale reato nella figura di cui all'art. 480 del codice penale.

Ecco la risposta al perché è necessario che l'identità del lavoratore sia certa e accertata e che un certificato di malattia venga emesso **solo a seguito di costatazione personale dei fatti**: è appena il caso di ricordare come, ad esempio, qualora fossero emessi in assenza di visita medica integrerebbero il reato di falso ideologico, anche se lo stato di malattia fosse concreto e vero (*ex plurimis*, C. Cass. Penale, Sez. V, n. 18687/2012).

IL CERTIFICATO TELEMATICO

DATI OBBLIGATORI E FACOLTATIVI NEL CERTIFICATO DI MALATTIA

Il DPCM 26 marzo 2008, mentre all'Art. 7 fornisce tutte le definizioni utili a creare un glossario condiviso e comune, all'Art. 8 (*Dati del certificato di malattia telematico*) elenca da a) ad f) i **dati obbligatori per ritenere valida la certificazione**, e così recita:

"La trasmissione dei dati del certificato di malattia telematico comprende l'inserimento, da parte del medico, dei seguenti dati obbligatori:

- a) *dati anagrafici del lavoratore;*
- b) *codice fiscale del lavoratore;*
- c) *residenza o domicilio abituale e domicilio di reperibilità durante la malattia;*
- d) *diagnosi e codice nosologico;*
- e) *data di dichiarato inizio malattia, data di rilascio del certificato, data di presunta fine malattia nonché, nei casi di accertamento successivo al primo, di prosecuzione o ricaduta della malattia;*
- f) *visita ambulatoriale o domiciliare."*

Successivamente - e a seguito dei lavori degli opportuni Tavoli istituiti presso il Ministero della salute come recepiti dai disciplinari tecnici allegati ai decreti del Ministro del Lavoro di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia del 26 febbraio 2010 e del 18 aprile 2012 – sull'elemento “certificato” sono state:

- inserite nuove voci facoltative perché descrittive di una casistica non sempre presente; cioè la *facultas* non attiene la discrezionalità dell'apposizione, bensì la presenza o l'assenza della situazione oggettiva da segnalare;
- parzialmente rivedute le obbligatorietà ed elencate in una tabellina, pubblicata nel disciplinare tecnico e nella guida alla compilazione del certificato telematico, che di seguito si ripropone con qualche modifica esplicativa.

Nome campo	Descrizione	Caratteristiche	Fonte
DataVisita	Data rilascio certificato a seguito di visita /dmissione da PS o da ricovero	Elemento obbligatorio	Medico
DataInizio	Data inizio malattia, dichiarata dal lavoratore	Elemento obbligatorio	Medico
DataFine	Data fine prognosi (“prognosi clinica a tutto il”)	Elemento obbligatorio	Medico
Attività lavorativa-completata	Dichiarazione del lavoratore di aver completato la propria attività lavorativa alla data della visita	Elemento facoltativo	Medico
Visita	Ambulatoriale / Domiciliare / Pronto Soccorso	Elemento obbligatorio	Medico
TipoCertificato	Inizio / continuazione / ricaduta	Elemento obbligatorio	Medico
Evento traumatico	Indicazione occorrenza evento traumatico	Elemento facoltativo	Medico
CodiceDiagnosi	Diagnosi codificata ICD9_CM - revisione 2007	Elemento obbligatorio se in alternativa alle Note di Diagnosi. Codifica ICD9_CM - revisione 2007	Medico

Nome campo	Descrizione	Caratteristiche	Fonte
NoteDiagnosi	Note per completare e/o caratterizzare la diagnosi, da utilizzare anche ai fini dell'art. 42 della legge 4 novembre 2010, n. 183	Elemento obbligatorio se in alternativa o in aggiunta al Codice diagnosi	Medico
Agevolazioni normative	Elemento multiplo: Disposizioni normative che individuano le agevolazioni per il lavoratore in relazione alle assenze per malattia dovute a: <i>patologia grave che richiede terapia salvavita; malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio; stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta</i>	Elemento facoltativo	Medico

Prendiamo in considerazione ora altri campi che hanno suscitato manifestazioni di perplessità nella compilazione.

Data Inizio. La descrizione, riportata nel suindicato disciplinare, risulta chiarificatrice: *data inizio malattia, dichiarata dal lavoratore*.

Si tratta, con tutta evidenza, di un'**indicazione di carattere anamnestico** che il medico è tenuto a riportare a fronte di specifica dichiarazione del lavoratore e che risulta essere utile nei casi di continuazione della malattia o di ricaduta della stessa, per aver sempre presente la durata complessiva della malattia in essere [anche ai fini di un eventuale contenimento nell'assegnazione di prognosi, **circa il trascorrere dei famosi 180 giorni indennizzabili (privati INPS) ovvero dei 18 mesi a retribuzione progressivamente scalare (pubblici dipendenti)**].

È opportuno chiarire che la “DATA DI INIZIO MALATTIA” proprio perché apposta su dichiarazione del lavoratore acquista **valore di “mero riferito”**, rimanendo il medico estensore - *in tema di presunta retroattività del certificato - esente da qualsiasi ipotesi di “falsa redazione”*.

Infatti, per quanto concerne **il riconoscimento della tutela previdenziale**, ai sensi della normativa vigente, si ricorda che esso *decorre dal giorno di redazione del certificato medesimo* ovvero dal giorno precedente nei casi in cui il certificato sia redatto in occasione di visita domiciliare (circ. 147/1996).

La data di dichiarato inizio malattia, dunque, non è la data del dies a quo del certificato, considerato nella sua doppia veste di “domanda di intervento previdenziale” e di “prova” della liceità dell’assenza.

In proposito, è bene chiarire che, alla luce di quanto precedentemente illustrato in tema di prescrizione normativa del Codice civile, **non è sufficiente che il lavoratore avverta** il proprio datore della sua assenza per malattia – *adempimento*

questo obbligatorio e solitamente richiesto entro le prime due ore del turno di lavoro che non può essere espletato – ma, come si è detto, **deve provare mediante il certificato medico che la sua assenza è davvero dovuta a malattia.**

Sicché se è vero, come è vero, che il **certificato medico ha valore dal momento dell'atto certativo sulla persona** (visita) e che la sua conseguente redazione deve essere contestuale alla visita (o, al più e solo in caso di visita domiciliare, entro le successive 24 ore), come ben chiarito nel DM Salute 26 febbraio 2010³, il certificato non può che formarsi validamente solo e quando questa sequenza è osservata e il format del certificato telematico possiede vincoli che obbligano a tale rispetto.

Non va, quindi, confusa questa tempistica che richiede immediatezza dell'accertamento dello stato di malattia con i due giorni fissati dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, perché mentre quest'ultimo intervallo temporale si riferisce alla modalità di invio del certificato cartaceo concesso dal legislatore al malato per organizzarsi e spedire o far spedire con raccomandata AR doppia certificato e attestato, la idoneità del certificato ad assolvere agli obblighi/oneri di legge - sotto il profilo disciplinare e previdenziale, *in capo al lavoratore; sotto quello penalistico e deontologico in capo al medico* - parte dalla data della sua redazione.

Concludendo, ogni ritardo nel sottoporsi a visita medica e conseguente eventuale ottenimento di relativa certificazione lecitamente richiesta dal lavoratore, lo espone in realtà a conseguenze economiche (sanzioni amministrative e previdenziali) e disciplinari perché, si ribadisce, che la data del *dies a quo* per ritenere assolti gli adempimenti è quella di redazione del certificato, **definito data visita.**

In estrema sintesi, quindi, il certificato riportante una data di inizio evento anteriore rispetto al giorno precedente è da considerarsi, come sopra specificato, correttamente redatto dal medico curante. Ai fini, invece, del riconoscimento della **tutela il lavoratore, deve provvedere infatti, a farsi rilasciare il certificato nel giorno di inizio dell'evento ovvero, se trattasi di continuazione, nel giorno immediatamente successivo a quello di fine prognosi** indicata nel precedente certifi-

³ Allegato 1 Disciplinare tecnico

5.5. Frequenza temporale di trasmissione dei dati.

I documenti devono essere inviati al SAC a fronte del verificarsi di ogni evento ovvero con frequenza giornaliera. Per i certificati di malattia l'invio deve essere effettuato contestualmente alla visita medica e nei casi di visita domiciliare entro le ventiquattrore successive alla visita stessa. Le informazioni inerenti le prescrizioni effettuate attraverso le visite domiciliari o in condizioni che non consentono l'invio tempestivo dei dati, verranno stabilite con le ulteriori disposizioni attuative di cui al comma 4 dell'art. 4.

cato, poiché il certificato non potrà ritenersi retroattivo rispetto la data del giorno di redazione o al massimo - e solo in casi specifici – di quello antecedente.

Attività lavorativa completata. Quando si valorizza questo campo (ed esclusivamente per i lavoratori che sono indennizzati da INPS per la malattia) si genera nei data base INPS lo slittamento della decorrenza del certificato ai fini dell'indennizzabilità dal giorno successivo alla redazione dello stesso.

Questo accorgimento è stato introdotto nella revisione al format del 2012 per quelle situazioni in cui nel giorno della visita il lavoratore aveva già prestato la sua attività lavorativa, completando il turno assegnato, e aveva accusato malestere a valle dello stesso.

Se, in questo esclusivo caso, il medico redigendo il certificato non avesse avuto a disposizione questo spazio, da un lato non avrebbe potuto in nessun modo far partire la decorrenza della prognosi dal giorno successivo salvaguardando la giornata lavorativa prestata con tutte le sue prerogative economiche legate alla presenza; dall'altro avrebbe di fatto anormalmente accorciato di un giorno la carenza a carico del datore di lavoro.

Agevolazioni normative. Si tratta di uno spazio, utilizzabile dal medico a suo esclusivo discernimento, per segnalare come nella specifica fattispecie che sta certificando ricorre **uno dei motivi di esclusione dall'obbligo di reperibilità durante la malattia**. Tale esclusione che non è legata al tipo di malattia in sé per sé considerata, ma solo a quello che è preveduto come escludibile dalla norma che **per il lavoratore pubblico è attualmente il dPCM – dip. Funzione Pubblica 17 ottobre 2017, n. 206 e per il lavoratore privato da gennaio 2016 è il DM Lavoro 11 gennaio 2016** che contempla esclusivamente due fattispecie: differenza dovuta al fatto che il pubblico dipendente potrebbe essere titolare di una “causa di servizio” riconosciuta, mentre il lavoratore privato non è mai stato destinatario di questa specifica previsione normativa e deve tenere presente questa differenza poichè non può mai essere applicata al lavoratore del settore privato.

Altri adempimenti a cura del medico

Prima dell'invio del certificato, sarebbe prassi auspicabile che il medico desse al proprio assistito la possibilità di verificare - anche direttamente sul PC - la correttezza sia dei dati personali annotati che della reperibilità, anche se coincidente con la residenza o domicilio abituale, al fine di evitare che eventuali errori di annotazione, aggiornamento e/o di memorizzazione storica dei

dati compromettano l'indennizzabilità del periodo ed espongano il malato a provvedimenti disciplinari che in questo caso operano indipendentemente dalla reale sussistenza della malattia.

Infine, il medico ha l'obbligo di fornire al proprio assistito il numero di Protocollo Univoco del Certificato (**PUC**) e, se richiesto, di stampare il certificato inviato: infatti, è soltanto mediante il PUC associato al Codice Fiscale o al PIN individuale del lavoratore che attestato e certificato sono rispettivamente rintracciabili. Deve altresì ai sensi della legge 17 Dicembre 2012 n. 221, Art. 7 Co.1 bis, inviare il certificato in formato PDF alla casella pec del proprio paziente a lui notificata qualora ne sia avanzata espressa richiesta.

Funzioni particolari a disposizione del medico

Annulloamento e Rettifica

L' "Annulloamento del certificato" deve avvenire **obbligatoriamente entro 24 ore** dal suo invio, perché la funzione di "Cancella certificato di malattia" che deve essere adita per eseguire l'operazione è resa disponibile solo per quel range temporale.

La cancellazione di un certificato può avvenire per esempio quando ci si accorge di aver emesso un certificato attribuendolo - per errore di codice fiscale - ad una persona diversa da quella cui il certificato si sarebbe dovuto attribuire.

Se ci si accorge dell'errore commesso, è importante procedere comunque all'annullamento del certificato, che:

- se in tempo utile, cioè entro le 24ore dall'invio, sarà telematico grazie alla funzione in parola resa disponibile dall'applicativo;
- se oltre le 24ore, avverrà mediante sottoscrizione cartacea dell'errore commesso e della relativa richiesta di annullamento, da presentare, a cura dell'interessato
 - a INPS, in caso di lavoratore indennizzato per malattia da quell'Istituto;
 - o direttamente al datore di lavoro, se si tratta di dipendente pubblico o privato non indennizzato per malattia da INPS.

Questa operazione è indispensabile al fine di consentire all'Istituto previdenziale la neutralizzazione del periodo erroneamente attribuito ad un ignaro altro lavoratore, evitandogli così il consumo dei giorni per una sua vera e reale malattia; al datore di lavoro, di considerare la presenza del lavoratore, per cui è stato emesso erroneamente il certificato, legittima e non derogante la prescrizione medica di astensione dal lavoro.

L'operazione telematica prevede l'immissione nell'apposita "maschera" del

Codice Fiscale dell'assistito/lavoratore cui è stato attribuito il certificato; del PUC del certificato in precedenza inviato e da annullare. Il sistema, previe opportune verifiche, indica il protocollo di conferma dell'avvenuta cancellazione. La funzione di **"Rettifica certificato di malattia"** consente di modificare in un certificato precedentemente inviato esclusivamente la **data fine malattia anticipandola** rispetto a quella precedentemente assegnata.

La rettifica di un certificato prevede anche qui l'immissione nell'apposita "maschera" del Codice Fiscale dell'assistito/lavoratore; del PUC del certificato in precedenza inviato e da rettificare; della nuova e ridotta data di fine prognosi che, in ogni caso, non può essere antecedente la data in cui si sta operando la rettifica. Non ci sarà quindi un nuovo certificato, ma in quello stesso certificato già trasmesso comparirà la nuova data di fine prognosi che, di conseguenza, sarà resa più breve.

Questa funzione è importantissima, perché se il medico per accorciare una prognosi non la usa, ma emette un nuovo certificato, ci saranno due certificati con diverso PUC attivi e ad es. potrebbe essere disposta una Visita Medica di Controllo sul certificato prognosi a più lunga; se tale visita fosse poi eseguita proprio nei giorni eccedenti, si innescherebbe (se privato indennizzato da INPS) tutto il meccanismo di giustificazione dell'assenza e, determinando incombenze obbligatorie ai fini dell'indennizzo, si arrecherebbero inutili fastidi al lavoratore.

IMPORTANTE. Quando il medico, non si collega direttamente a Sistema TS, ma si avvale di uno degli applicativi intermedi in uso per aggiornare contestualmente anche le cartelle residenti sul proprio PC, questa funzione parrebbe possa usarsi anche per rettificare il domicilio di reperibilità variato nel decorrere della malattia.

Questo è assolutamente confondente ed espone il lavoratore a sanzioni, in quanto l'aggiornamento del domicilio è solo apparente ma, in realtà, non può e non viene trasmesso a INPS e, di riflesso, neppure al datore di lavoro. La **variazione della reperibilità** è una comunicazione che può essere fatta **unicamente dal lavoratore direttamente al proprio datore di lavoro** (in caso di lavoratore sia pubblico che privato) e, mediante i mezzi che sono stati resi disponibili dall'Istituto, a **INPS** (in caso di lavoratore privato indennizzato da INPS).

Altre questioni pratiche e Domande Frequenti

Segnalazione di Inizio, Continuazione e Ricaduta. Carenza

Appare, qui, opportuno chiarire il significato di **"Inizio"**, **"Continuazione"**, **"Ricaduta"** e come correttamente va scelta l'annotazione.

In premessa, appare importante sottolineare il seguente concetto: quando si sta certificando una malattia ai fini qui trattati, non si sta certificando il momento in cui è avvenuto il “contatto” medico-paziente (peraltro testimoniata dalla data di rilascio del certificato), ma **si sta certificando l’incapacità al lavoro del paziente/lavoratore** (che, poi, è il **vero “rischio assicurato”**, come già detto in precedenza). Di talché, in caso il medico certificatore di una *“malattia in continuazione”* sia diverso dal primo certificatore – specialista, generico, di continuità assistenziale, ospedaliero, di P.S. ecc. che sia - **NON dovrà mettere “I” = Inizio** sul certificato che sta componendo solo perché è la prima volta in quel particolare evento che sta vedendo il paziente malato: **l'apposizione corretta è “C” = Continuazione** perché si tratta di un’incapacità al lavoro di quel lavoratore che già si è istaurata e che sta proseguendo.

Né bisogna che “Inizio” - che riguarda lo svolgersi del processo morboso e della causalmente correlata incapacità al lavoro - **sia confuso con “Data di inizio”** – che, invece, riguarda un dato anamnestico riferito dal paziente o comunque ricavato dalla cartella personale del lavoratore circa un intervallo di tempo che *può o non può* essere coperto da tutela assicurativa a seconda che il lavoratore abbia compiuto con la tempestività prescritta dalla legge i previsti doveri circa la presentazione di idonea certificazione.

Corre l’obbligo, altresì, di precisare che integra ipotesi di “falso coperto da fede pubblica” esclusivamente l’alterazione o della data del giorno della visita e /o del giorno di rilascio del certificato o di fatti accaduti in presenza del medico certificatore o dell’identità del titolare del certificato. Mentre:

- la segnalazione di “data inizio” è di esclusiva responsabilità del paziente dichiarante;
- la segnalazione di “Inizio”, “Continuazione”, “Ricaduta”, risentendo anche del dichiarato dal paziente/lavoratore, non può essere coperta da fede pubblica, ben potendo il paziente sottacere o riferire erroneamente al medico, in quel momento curante, fatti e circostanze condizionanti la scelta del parametro.

Le cose non cambiano neppure in caso i dati siano ricavati dalla cartella clinica in uso al medico certificatore, perché nel primo caso, la *“data inizio”* resta sempre un fatto anamnestico, non potendo quel medico sapere se antecedentemente il paziente/lavoratore sia stato in rapporto con altri medici e abbia ricevuto altri certificati sempre sullo stesso evento; e perché, nel secondo caso il medico non può e non gli spetta di verificare se il paziente/lavoratore non abbia interrotto ad es. con assenze ad altro titolo dal servizio/riprese puntiformi del lavoro periodi invece certificati in continuazione.

Sicché, in conclusione, si deve apporre:

- “I”, in caso di **un nuovo quadro morboso che determini incapacità al lavoro**;
- “C”, in caso di **successivi certificati inerenti il medesimo episodio morboso, quando non ci sia stata una ripresa lavorativa**; dunque, non è opportuno certificare “I” *dal lunedì al venerdì e, poi, di nuovo “I” dal lunedì al venerdì* nell’erroneo convincimento che il sabato e la domenica il paziente comunque non lavorerebbe, perché il secondo certificato è di fatto una continuazione non essendoci stata ripresa lavorativa e il lavoratore avrebbe una scopertura certificativa per la quale sarebbe sanzionabile;
- “R”, in caso di **una riacutizzazione o insorgenza di una complicanza tardiva ma comunque entro 30 giorni dalla fine del precedente episodio morboso causalmente correlato in connessione etio-patogenetica e sia noto che, nel frattempo, ci sia stata una ripresa del lavoro**.

Ex plurimis: vedi C. CASS. – SEZ. LAV. - Sentenza 21/09 - 24/11 2016, n. 24027

Il periodo di **“carenza”** è un periodo iniziale che decorre dalla data di **verifica-zione** del rischio – **intesa come INIZIO** dell’assenza dal lavoro per infermità – e dura fino al subentro indennitario dell’Assicurazione previdenziale.

In pratica, **si tratta dei primi tre giorni di malattia**, dei primi quattro nella “Gestione Separata” se la malattia rimane confinata a quei giorni: nei giorni di carenza, il lavoratore malato è pagato per intero (o secondo modulazioni percentuali recentemente introdotte nei contratti di lavoro) dal proprio datore di lavoro; non è indennizzato, in caso di “Gestione Separata”.

Come interagisce il “periodo di carenza” con il medico che si appresta a certificare? Condiziona l’intervento economico del datore di lavoro

Dunque, determinando l’intervento retributivo del datore di lavoro, va specificato “Inizio” anche quando, ad esempio, in corso di una sindrome influenzale, il lavoratore ha un’emorragia, un trauma, un accesso o manifesta sintomi di altro processo morboso... vale a dire situazioni patologiche non in continuità – né per riacutizzazione (*nuovo rialzo febbrile mentre defervesceva il quadro clinico*) né per aggravamento (come potrebbe essere, nell’es. citato, una polmonite) - con l’episodio per cui si trovano già in incapacità al lavoro.

Ogni altro caso che richieda un’ulteriore certificazione oltre la prima, come già precisato, ivi compresa la convalescenza post-ricovero (nell’immediatezza delle dimissioni ovvero a seguire rispetto alla prognosi telematicamente o cartaceamente assegnata dalla struttura nosocomiale di degenza), va etichettata come “Continuazione”.

Naturalmente, **se il lavoratore ha già ripreso il lavoro anche per un solo giorno, si deve segnalare "R" = Ricaduta e non darà luogo a nuovo intervento economico del datore di lavoro.**

Comporto

Il periodo di "**comporto**", come già chiarito in altra parte dell'elaborato, è il periodo durante il quale opera il divieto di licenziamento del lavoratore assente per malattia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2110 c.c.⁴; trova la sua regolamentazione nei contratti collettivi, che ne disciplinano natura e arco temporale che solitamente nel lavoro **privato** è di 180 giorni nell'anno solare del calendario (periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre di ogni anno); nel **pubblico** le tempistiche sono modulate sul triennio precedente, ma comportano decurtazioni stipendiali progressive anche importanti. Si parla di **comporto secco** con riferimento alla malattia unica; di **comporto per sommatoria**, quando più eventi di malattia nell'anno concorrono complessivamente a raggiungere il periodo massimo consentito per la conservazione del posto di lavoro.

Trascorso questo periodo, può avvenire il recesso unilaterale del contratto di lavoro senza bisogno di motivazioni o di giuste cause.

Come interagisce questo concetto con il medico che si appresta a certificare? Condiziona l'eventuale licenziabilità del proprio assistito.

Il medico, tenendo presente questi limiti temporali e il grave rischio cui si espone il lavoratore, quando certifica periodi protratti o plurimi di malattia ad un suo paziente è opportuno che adotti il **massimo rigore prognostico e appropriatezza ed informi il paziente, laddove possibile, circa tali caratteristiche della certificazione medesima**.

IMPORTANTE: a proposito di comporto, il medico curante non può neutralizzarlo nel suo decorrere. Questo istituto contrattuale ESCLUSIVO del LAVORATORE PUBBLICO, può essere trattato solo da commissioni, indicate dal contratto stesso

Postumi, Esiti e Sigle

Come si è ampiamente detto, il dato della diagnosi è un dato obbligatorio e deve essere esaustivo di dettagli per consentire il confronto con la mansione

⁴ ... omissis...

Nei casi indicati nel comma precedente, l'imprenditore ha diritto di recedere dal contratto a norma dell'articolo 2118, **decorso il periodo stabilito dalla legge** [dalle norme corporative], dagli usi o secondo equità. Il periodo di assenza dal lavoro per una delle cause anzidette deve essere computato nell'anzianità di servizio.

ed esprimere una prognosi medico legale congruente: infatti, non è la malattia in sé per sé ad essere tutelata, ma l'incapacità al lavoro specifico.

Così, anche il comune raffreddore può determinare prognosi diversificate a seconda se ad averlo è un impiegato – in cui potrebbe anche non configurare incapacità al lavoro - o un operario addetto ai frigoriferi o agli altiforni.

Ne deriva che l'uso, peraltro diffusissimo, di termini che non chiariscono l'effettivo stato di salute del lavoratore, rende inapplicabile il confronto e genera conseguenze che vanno dalla moltiplicazione inutile della spesa, con Visite Mediche di Controllo evitabili, alla invalidità stessa del certificato. *Nel dettaglio:*

- **Postumo.** Si definisce tale un disturbo “che viene dopo”, che è stato lasciato da una malattia; indica ancora una certa dinamicità del morbus, senza però quel dettaglio quali-quantitativo che ne discrimina la valenza incapacitante. Ad esempio, può essere postumo di una frattura di omero sia un callo cicatriziale che non consolida o un'osteomielite o un'ulcera distrofica – sicuramente incapacitanti – sia anche una modesta impotenza funzionale per iposarcia dell'arto da immobilizzazione, in cui l'incapacità al lavoro è strettamente legata all'ergonomia della mansione.
- **Esiti.** In questo caso, rileva moltissimo l'etimologia della parola: “exitum” significa “uscita”, sicché “esito di ...”, **innanzitutto indica la conclusione della malattia /processo morboso** – e, quindi, l'assenza di “dinamicità” elemento fondamentale della malattia – **escludendone completamente l'indennizzabilità**; in secondo luogo, non caratterizza minimamente la qualità dell'esito. Es.: “Esito di ulcera venosa” può essere indifferentemente una banalissima discromia o anche una cicatrice retraente per perdita di sostanza, ma entrambe le situazioni non possono trovare ristoro nella tutela in parola.
Vero è che spesso i medici usano indifferentemente i due termini “Postumi” ed “Esiti” ma, come detto, essi **innanzitutto non sono equivalenti** e, poi, sono **entrambi da non utilizzare**.
- **Sigle.** L'uso delle sigle anche quelle di uso più comune è da proscrivere perché anch'esse, derogando dall'obbligo di esprimere una diagnosi intellegibile, sono fonte di equivoci poiché una stessa sigla può riferirsi a più di una condizione morbosa o addirittura essere acronimi lì per lì ricavati originalmente dal certificante (es. **SVF** che, nella decodificazione usuale si riferisce a **“Frazione Vascolare Stromale”** nell'ambito di operazioni di trapianto di cellule staminali; mentre, nella fattispecie, il medico aveva abbreviato d'iniziativa la diagnosi **“Sindrome Virale Febbrile”**, con riverberi del tutto immaginabili sulla valutazione del certificato stesso).

NOTE BIBLIOGRAFICHE

COSTITUZIONE ITALIANA

CODICE CIVILE

- LIBRO IV - DELLE OBBLIGAZIONI

- TITOLO I - DELLE OBBLIGAZIONI IN GENERALE

- CAPO I - Disposizioni preliminari

- CAPO II - Dell'adempimento delle obbligazioni

- CAPO III - Dell'inadempimento delle obbligazioni

- TITOLO II - DEL LAVORO NELL'IMPRESA

- CAPO I - Dell'impresa in generale – SEZ. III - Del rapporto di lavoro

- LIBRO V - DEL LAVORO

- TITOLO II - DEL LAVORO NELL'IMPRESA

CODICE PENALE

- LIBRO II - DEI DELITTI IN PARTICOLARE

- TITOLO VII: DEI DELITTI CONTRO LA FEDE PUBBLICA

- CAPO II - Della falsità in sigilli o strumenti o segni di autenticazione, certificazione o riconoscimento

- CAPO III - Della falsità in atti

- LEGGE 29 febbraio 1980, n. 33 – Art. 1

- LEGGE 23 aprile 1981, n. 155 – Art. 15

- DECRETO LEGISLATIVO 30 marzo 2001, n. 165

- LEGGE 30 dicembre 2004, n. 311 - Art. 1 comma 149

- LEGGE 27 dicembre 2006, n. 296 - Art. 1 comma 810

- DPCM 26 marzo 2008

- DM SALUTE 26 febbraio 2010 con ALLEGATO 1 - DISCIPLINARE TECNICO

- DM SALUTE 18 aprile 2012

- DECRETO LEGISLATIVO 27 ottobre 2009, n. 150

- LEGGE 30 luglio 2010, n. 122

- LEGGE 4 novembre 2010, n. 183 - Art. 25, 42

- LEGGE 15 luglio 2011, n. 111

- LEGGE 22 dicembre 2011, n. 214

- LEGGE 17 dicembre 2012, n. 221 – Art. 7

- DM LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI 11 gennaio 2016

- Circ. INPS 7 giugno 2016, n. 95 – Allegato 2

- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2017, n. 75 – Art. 18

- DPCM FUNZIONE PUBBLICA 17 ottobre 2017, n. 206

10.2 Certificazioni di invalidità civile e legge 104

G. Magnelli, A. Cavalli , C. Patrizi, C. Monzio Compagnoni

Con l'assistenza sociale il nostro ordinamento mira a fornire delle prestazioni gratuite ai soggetti più bisognosi, a prescindere dall'attività lavorativa svolta, al fine di eliminare le diseguaglianze economiche e sociali tra cittadini.

"Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. – " [...] Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. -

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. [...]" Così sancisce l'articolo 38 della Costituzione Italiana.

L'Italia fu, per la prima volta nella storia, lo Stato democratico, appena uscito dai disastri dall'ultimo conflitto mondiale che aveva causato milioni di morti e milioni di feriti, che pose al centro dell'attenzione dell'azione politica e istituzionale la salute dei suoi cittadini e il principio di solidarietà verso chi aveva sofferto, e doveva soffrire ancora, per le lesioni riportate o per le malattie contratte per causa di guerra o di servizio, o perché vittime di infortuni sul lavoro, o perché inabili o minorati.

L'art. 20 del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, attribuisce all'Inps nuove competenze per l'accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità con l'intento di ottenere tempi più rapidi e nuove modalità per il riconoscimento dei relativi benefici. La nuova normativa rivede le modalità di

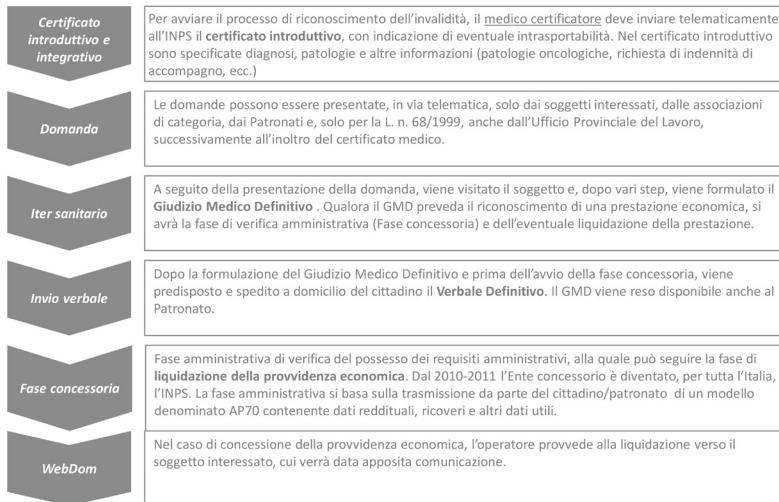
presentazione delle domande di accertamento, la competenza alla valutazione sanitaria, la concessione delle prestazioni, il ricorso in giudizio. L'Inps, con determinazione n. 189 del 20 ottobre 2009, definisce il disegno organizzativo e procedurale per l'applicazione dell'art. 20 della legge n. 102/2009 (msg. n. 24477 del 29.10.2009).

Dal 1° gennaio 2010 il processo di accertamento sanitario di invalidità, cecità, sordità, handicap e disabilità è cambiato radicalmente e l'INPS ha assunto, sulla base di nuove norme di legge, un ruolo fondamentale nella gestione/controllo dell'intero processo, dall'acquisizione delle domande alle verifiche dei requisiti, fino alla concessione ed erogazione dei benefici economici, già di competenza dell'Istituto. Nella circolare n. 131 del 28.12.2009, viene illustrato il nuovo flusso organizzativo e procedurale. Con i messaggi n. 30401 del 02.12.2010 e n. 2577 del 27.01.2010 sono state rilasciate le funzioni e le procedure per la gestione del nuovo processo dell'invalidità civile. In breve il procedimento di riconoscimento dell'invalidità civile si compone di due fasi distinte, propedeutiche l'una all'altra: la fase sanitaria e quella amministrativa. Entrambe le fasi sono integralmente telematizzate. La nuova fase sanitaria di flusso organizzativo e procedurale consente di ottenere: trasparenza del procedimento, realizzazione di un sistema di presentazione, gestione, trattamento e archiviazione elettronica delle domande, per la gestione degli appuntamenti di visita e per la stesura del verbale di visita da parte delle Commissioni mediche integrate; archiviazione elettronica degli atti e degli esiti delle fasi procedurali; tempestiva disponibilità degli atti, grazie all'utilizzo della modalità telematica.

LE FASI DEL PROCESSO DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Il processo di riconoscimento dell'invalidità civile si compone di una fase sanitaria e una fase amministrativa.

PROCESSO GESTIONE INVALIDITA'



ACCERTAMENTO SANITARIO

Nella fase sanitaria viene accertato da un'apposita commissione medica la sussistenza dei requisiti sanitari per i benefici di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap, sulla base delle patologie o minorazioni dalle quali è affetto il cittadino richiedente.

La fase amministrativa è diretta al riconoscimento delle provvidenze che la legge riserva ai cittadini riconosciuti invalidi. Le prestazioni possono essere di natura economica o non economica (quali benefici di cui alla legge 104/1992, collocamento obbligatorio al lavoro, ecc.), in relazione al tipo di invalidità riconosciuta.

Il grado d'invalidità è determinato in base ad un'apposita tabella approvata con decreto del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992 (G.U. n. 47/92). In presenza di più menomazioni, il computo per stabilire il grado complessivo di invalidità si basa su sistemi di calcolo stabiliti e indicati per legge; per le patologie non tabellate, ci si avvale del criterio analogico rispetto a quelle indicate nelle tabelle di riferimento.

L'invalidità civile può essere riconosciuta a tutti i cittadini e non è subordinata ad alcun accantonamento contributivo di natura previdenziale.

Dal riconoscimento della condizione di Invalido Civile possono conseguire una serie di benefici, dei quali se ne citano solo alcuni:

1. Iscrizione nelle liste del collocamento obbligatorio (beneficio per chi ha tra i 18 e 65 anni con almeno il 46% di invalidità, ex legge 68/99);
2. Esenzione ticket;
3. Assegno di invalidità civile o pensione di inabilità (soggetti tra i 18 ed i 67 anni con valutazione dal 74% al 100% di invalidità);
4. Indennità di accompagnamento (soggetti di qualsiasi età con impossibilità a deambulare e/o a compiere i comuni atti della vita quotidiana senza assistenza continua);
5. Bonus di 2 mesi per ogni anno di lavoro e riduzione dell'età per accedere alla pensione;
6. Indennità di frequenza per i minori;

SORDITÀ CIVILE

Nell'**invalidità civile** le perdite uditive monolaterali e bilaterali pari o inferiori a 245 dB dovranno essere valutate utilizzando la tabella dei deficit uditivi i cui valori percentuali derivano dalla tabella proposta dal Committee on Conservation of Hearing secondo il metodo A.M.A. 1961.

Alla sordità monolaterale totale viene attribuito un punteggio di invalidità del 15%, alla sordità bilaterale totale un punteggio del 58.5%.

Diversi sono i presupposti per il riconoscimento della sordità civile.

Al riguardo, secondo la scheda predisposta nel portale Inps, di seguito riportata nei punti rilevanti, il riconoscimento della sordità presuppone un danno uditivo congenito o acquisito durante l'età evolutiva, che abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato. Non rilavano ai fini del riconoscimento le sordità di natura esclusivamente psichica o dipendenti da causa di guerra, lavoro o servizio.

La specifica previsione è riservata a chi ha un'età compresa tra i 18 e i 67 anni ed è in possesso dei requisiti reddituali previsti dalla legge.

Al compimento dell'età per il diritto all'assegno sociale (per il 2021: 67 anni), la pensione di sordità si trasforma in assegno sociale sostitutivo.

In compendio, secondo quanto precisato da Inps, hanno diritto alla pensione i sordi che soddisfano i seguenti requisiti sanitari e amministrativi:

- età compresa tra i 18 e i 67 anni;

- sordità congenita o acquisita durante lo sviluppo con ipoacusia che rende o ha reso difficile l'apprendimento del linguaggio parlato;
- stato di bisogno economico;
- cittadinanza italiana;
- per i cittadini stranieri comunitari: iscrizione all'anagrafe del comune di residenza;
- per i cittadini extracomunitari: soggiorno legale nel territorio dello Stato e permesso di soggiorno di almeno un anno ex art. 41, T.U. Immigrazione;
- residenza stabile e abituale sul territorio nazionale.

Per ottenere la prestazione l'interessato deve ottenere il rilascio di un certificato medico introduttivo e della relativa ricevuta contenente il codice univoco da abbinare alla successiva domanda amministrativa, anch'essa da presentare in via telematica.

Dopo l'accertamento sanitario svolto da una specifica Commissione medico-legale, l'iter di riconoscimento si conclude con l'invio da parte dell'INPS del verbale tramite raccomandata A/R o all'indirizzo PEC, se fornito dall'utente. Così come per l'invalidità civile la domanda può essere presentata direttamente online all'INPS attraverso il servizio dedicato, utilizzando le proprie credenziali, oppure tramite un ente di Patronato o un'associazione di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS).

Ai cittadini riconosciuti sordi è inoltre erogata una indennità di comunicazione, indipendentemente dall'età e dalle condizioni reddituali.

L'indennità di comunicazione è compatibile e cumulabile con l'indennità di accompagnamento per invalido civile totale e l'indennità di accompagnamento per cieco assoluto purché siano state concesse per distinte minorazioni, ognuna relativa a differenti stati di invalidità (soggetti pluriminorati).

CENNI VALUTATIVI:

Il D.M. 05.02.1992 stabilisce che: Le perdite uditive monolaterali e bilaterali pari o inferiori a 245 dB dovranno essere valutate utilizzando la tabella specifica, i cui valori percentuali derivano da una semplificazione e rielaborazione (con arrotondamenti in eccesso o in difetto) della tabella per le perdite uditive monolaterali o bilaterali proposte dal Committee on Conservation of Hearing secondo il metodo A.M.A. 1961. Alla sordità monolaterale totale viene attribuito un punteggio di invalidità del 15%, alla sordità bilaterale totale un grado del 58.5%. Li dove i valori percentuali in tabella siano espressi da numeri decimali con frazione di mezzo punto sarà a discrezione della Commissione,

caso per caso attribuire mezzo punto al punteggio pieno in eccesso o in difetto (per esempio il punteggio di 58.5 può essere portato a 59 o 58).

Il punteggio relativo ad ipoacusie ad andamento fluttuante e fortemente discontinuo nel tempo (ipoacusie di trasmissione, ipoacusie di tipo misto, ipoacusie neuro-sensoriali con timpanogramma patologico, malattie di Meniere ecc.) deve scaturire da un periodo di osservazione di almeno 1 anno, mediante l'esecuzione di almeno 3 esami oto-funzionali effettuati ogni 3-4 mesi. Il punteggio deriverà dalla media della perdita fra i tre esami. Inoltre è raccomandata la revisione ogni tre anni.

La valutazione del grado di ipoacusia e il calcolo del punteggio vanno effettuati sempre a orecchio nudo, cioè senza protesi.

Ai fini della concessione della indennità di comunicazione, l'ipoacusia che dà diritto a beneficiare di tale indennità deve essere: pari o superiore a 60 dB di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 Hz nell'orecchio migliore qualora il richiedente non abbia ancora compiuto il dodicesimo anno di età; pari o superiore a 75 dB qualora il richiedente abbia compiuto il dodicesimo anno d'età purchè sia dimostrabile l'insorgenza dell'ipoacusia prima del compimento del dodicesimo anno. A tal fine, faranno fede documenti clinici rilasciati da pubbliche strutture e, in mancanza di dati cronologici certi, la valutazione dei caratteri qualitativi e quantitativi del linguaggio parlato e dei poteri comunicativi nel loro insieme da cui si possa desumere un'origine audiogena delle alterazioni fono-linguistiche presenti; l'esame o gli esami audiometrici da valutare ai fini della concessione dell'indennità devono essere effettuati dopo il compimento del primo anno d'età; l'esame o gli esami relativi ai pazienti di età inferiore ai 12 anni devono riportare chiaramente un'attestazione di attendibilità dell'esame stesso (attendibile/non attendibile) redatta dal medico esaminatore; le ipoacusie di tipo trasmissivo o comunque che si accompagnano a timpanogrammi dimostranti patologie tubo-timpaniche devono essere valutate secondo i criteri già esposti per l'invalidità civile; l'esame impedenzometrico, anche per permettere una valutazione di cui al punto precedente, deve essere obbligatoriamente allegato ad ogni esame audiometrico, a meno che non vi siano chiare controindicazioni (otite cronica a timpano aperto, stenosi o lesioni del condotto uditivo ecc.); I beneficiari dell'indennità di comunicazione, concessa prima del compimento di dodici anni d'età a causa di perdita uditiva inferiore a 75 dB di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 Hz nell'orecchio migliore, decadono dal godimento del beneficio al compimento di detta età. In tutti i casi in cui i livelli di perdita uditiva siano inferiori a quelli

sopra indicati o non sia dimostrabile un'epoca dell'insorgenza dell'ipoacusia compresa nell'arco dell'età evolutiva, verrà effettuata una valutazione secondo i criteri dell'invalidità civile. Gli accertamenti sanitari relativi alla sordità prelinguale devono essere effettuati da medici specialisti in otorinolaringoiatria o in audiologia o in foniatria.

TABELLA DEI DEFICIT UDITIVI DA UTILIZZARE NELLA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' CIVILE E RELATIVI PUNTEGGI DI INVALIDITA'

Ordinata = Orecchio peggiore (Somma delle perdite uditive in dB per le frequenze 500-1000-2000 Hz)

Ascissa = Orecchio migliore (Somma delle perdite uditive in dB per le frequenze 500-1000-2000 Hz)

70-80	0												
85-95	1	4,5											
100-110	2	6	9										
115-125	3	7	10	13,5									
130-140	4,5	8	11	15	18								
145-155	6	9	12	16	19	22,5							
160-170	7	10	13,5	17	20	24	27						
175-185	8	11	15	18	21	25	28	31,5					
190-200	9	12	16	19	22,5	26	29	33	36				
205-215	10	13,5	17	20	24	27	30	34	37	40,5			
220-230	11	15	18	21	25	28	31,5	35	38	42	45		
235-245	12	16	19	22,5	26	29	33	36	39	43	46	49,5	
250-260	13,5	17	20	24	27	30	34	37	40,5	44	47	51	54
265-275	15	18	21	25	28	31,5	35	38	42	45	48	52	55
	70-80	85-95	100-110	115-125	130-140	145-155	160-170	175-185	190-200	205-215	220-230	235-245	250-260
													265-275

(Taratura Audiometrica ANSI 1969, ISO 1975)

CECITÀ CIVILE

Allo stato attuale non esiste ancora uniformità di classificazione a livello Internazionale, e all'interno dello stesso Paese è possibile trovare differenti soluzioni di volta in volta adottate. Non esiste una definizione di cecità univoca cui fare riferimento in assoluto, ma esistono numerose autonome definizioni, adattate a definire l'ambito di applicazione di specifici provvedimenti di legge. Definizione di cecità - ICO 2002 "la cecità è definita come la perdita totale della visione, senza possibilità di affidarsi a strumenti vicarianti anche solo in parte". Definizione di ipovisione – ICO 2002 "la ipovisione è definita come il disagio dovuto alla perdita della visione, ma con possibilità di miglioramento funzionale grazie a sussidi". Lo status giuridico ed i benefici economici connessi sono normati dalle seguenti leggi: Legge 10 febbraio 1962, n. 66 (Pubblicata nella G.U. 7 marzo 1962, n. 61) – Diritto a pensione dei ciechi assoluti e parziali; Legge 28 marzo 1968, n. 406 (Pubblicata nella G.U. n. 98 del 17.04.1968) – norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti; Legge 21 novembre 1988, n. 508 (Pubblicata nella G.U. del 25.11.1988, n. 277) – Istituzione, misura e periodicità di una speciale indennità in favore dei ciechi parziali; Legge 3 aprile 2001, n. 138 (Pubblicata nella G.U. del 21 aprile 2001, n.93) – Classificazione e qualificazione delle minorazioni visive e norma in materia di accertamenti oculistici. Tale norma consente di valutare globalmente la funzione visiva, includendo la valutazione del campo visivo binoculare oltre che l'acuità visiva centrale.

Art. 1. (Campo di applicazione). - 1. La presente legge definisce le varie forme di minorazioni visive meritevoli di riconoscimento giuridico, allo scopo di disciplinare adeguatamente la quantificazione dell'ipovisione e della cecità secondo i parametri accettati dalla medicina oculistica internazionale. Tale classificazione, di natura tecnico-scientifica, non modifica la vigente normativa in materia di prestazioni economiche e sociali in campo assistenziale.

Art. 2. (Definizione di ciechi totali). - 1. Ai fini della presente legge, si definiscono ciechi totali: a) coloro che sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi; b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore; c) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento.

Art. 3. (Definizione di ciechi parziali). - 1. Si definiscono ciechi parziali: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare e' inferiore al 10 per cento.

Art. 4. (Definizione di ipovedenti gravi). - 1. Si definiscono ipovedenti gravi: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 30 per cento.

Art. 5. - (Definizione di ipovedenti medio-gravi). - 1. Ai fini della presente legge, si definiscono ipovedenti medio-gravi: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 50 per cento.

Art. 6. (Definizione di ipovedenti lievi). - 1. Si definiscono ipovedenti lievi: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 3/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 60 per cento. Sono valutati dal punto di vista del beneficio economico secondo le voci tabellari presenti nel D.M. 05 febbraio 1992.

PROVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DEI CIECHI CIVILI

• **Pensione ai ciechi civili assoluti:** è una prestazione economica, erogata a domanda, ai maggiorenni riconosciuti ciechi assoluti. La pensione è rivolta ai cittadini maggiorenni riconosciuti ciechi assoluti dalla commissione medica e in possesso di tutti i requisiti amministrativi previsti dalla legge. È corrisposta per 13 mensilità a partire dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda (o, eccezionalmente, dalla data indicata dalle commissioni sanitarie nel verbale di riconoscimento dell'invalidità civile inviato dall'Istituto). Non è reversibile e spetta anche dopo il compimento dei 67 anni di età (non si trasforma in assegno sociale sostitutivo).

• **Pensione ai ciechi civili parziali ("ventesimisti"):** è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti riconosciuti ciechi civili parziali (cioè con un residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi anche con eventuale correzione). È rivolta ai cittadini riconosciuti ciechi civili parziali dalla competente Commissione medica e in possesso di tutti i requisiti amministrativi previsti dalla legge. Non è reversibile e spetta anche dopo il compimento dei 67 anni di età (non si trasforma in assegno sociale sostitutivo).

• **Indennità di accompagnamento ai ciechi civili assoluti:** è una prestazione economica erogata a domanda, in favore di soggetti riconosciuti ciechi assoluti. Spetta ai non vedenti che la richiedono, indipendentemente dall'età

e dalle condizioni reddituali. L'indennità viene corrisposta per 12 mensilità a partire dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda o, eccezionalmente, dalla data indicata dalle competenti commissioni sanitarie nel verbale di riconoscimento dell'invalidità civile inviato dall'Istituto. È concessa al solo titolo della minorazione, cioè indipendentemente dalle condizioni economiche e dall'età dell'interessato.

- **Indennità speciale per i ciechi parziali:** è riconosciuta, a norma dell'art. 3 della legge 508/1988. Tale indennità è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti riconosciuti ciechi parziali. - Spetta ai cittadini ciechi, con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, non reversibile al solo titolo della minorazione, per causa congenita o contratta, non dipendente dalla guerra, da infortunio sul lavoro o dal servizio, salvo in questo caso la facoltà di optare per il trattamento più favorevole;
 - per i cittadini stranieri comunitari: iscrizione all'anagrafe del Comune di residenza;
 - per i cittadini extracomunitari: titolarità del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno);
 - residenza stabile e abituale sul territorio nazionale.
 - L'indennità spetta, contrariamente a quanto previsto per gli invalidi civili, anche se il richiedente è ricoverato in un istituto pubblico.. È infine cumulabile con la pensione non reversibile e con quelle eventualmente concesse a titolo di invalidità civile totale o di sordo (soggetti pluriminorati).
- **Assegno vitalizio - ciechi "decimisti":** è una prestazione economica soppressa con la legge 21 novembre 1988, n. 508, che ha istituito la pensione a favore dei ciechi assoluti e parziali. L'assegno è comunque corrisposto a coloro che ne hanno ancora diritto. I requisiti di coloro che potevano accedere alla prestazione erano i seguenti: riconoscimento di cecità parziale con residuo visivo compreso tra 1/10 e 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione; stato di bisogno economico; cittadinanza italiana; residenza abituale e stabile sul territorio nazionale.

**TABELLA PER LA VALUTAZIONE DEI DEFICIT VISIVI BINOCULARI
DA UTILIZZARE NELLA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ CIVILE
E RELATIVI PUNTEGGI DI INVALIDITÀ**

VISUS	9/10 8/10	7/10 6/10	5/10 4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	MENO DI 1/20
9/10 a 8/10	0	2	3	5	7	10	15	20
7/10 a 6/10	2	3	5	7	10	15	20	30
5/10 a 4/10	3	5	7	10	15	20	30	40
3/10	5	7	10	15	20	30	40	60
2/10	7	10	15	20	30	40	60	70
1/10	10	15	20	30	40	60	70	80
1/20	15	20	30	40	60	70	80	100
MENO DI 1/20	20	30	40	60	70	80	100	100

IL CERTIFICATO MEDICO – INDICAZIONI PER IL MEDICO CERTIFICATORE

Per avviare il processo di accertamento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità, l'interessato deve recarsi da un medico certificatore e chiedere il rilascio del certificato medico introduttivo che indichi i dati anagrafici, il codice fiscale, l'esatta natura delle patologie invalidanti e la relativa diagnosi.

Il medico compila il certificato online e lo inoltra all'INPS attraverso il servizio dedicato, stampando una ricevuta completa del numero univoco del certificato della procedura attivata. La ricevuta viene consegnata dal medico all'interessato insieme a una copia del certificato medico originale che il cittadino dovrà esibire all'atto della visita medica.

Non appena ricevuta la domanda completa, l'Inps provvede a trasmetterla, sempre per via telematica, alla ASL di competenza, in caso di convenzione diretta regionale al CML (centro medico legale) Inps di competenza. Una volta presentata la domanda, l'Inps provvede alla comunicazione della data della visita medica di accertamento, secondo il calendario di appuntamento della Asl corrispondente al CAP di residenza dell'interessato (ovvero del domicilio alternativo, eventualmente dichiarato). In caso di non trasportabilità dell'interessato non segnalata in occasione del certificato originario, il medico può compilare ed inviare telematicamente il certificato medico integrativo di richiesta di visita domiciliare, indicando con precisione il quadro patologico di cui è affetto

il paziente, che deve pervenire almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale. Il Presidente della Commissione medica si pronuncia al riguardo e, in caso di accoglimento, il cittadino sarà informato della data e dell'ora stabilita per la visita domiciliare, altrimenti sarà indicata una nuova data di invito a visita ambulatoriale. La procedura consente all'interessato, in caso di impedimento, di indicare una data diversa tra quelle previste dal sistema, purché sia compresa entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda. Il cittadino che non si presenta a visita viene convocato una seconda volta. In caso di ulteriore assenza viene considerato rinunciatario e la sua domanda viene archiviata. È prevista la possibilità di assistere il proprio paziente presso la commissione medica valutatrice in ambito di libera professione.

L'ITER ACCERTATIVO:

- Il primo accertamento sanitario compete alla Asl, che lo esercita attraverso una Commissione medica integrata da un medico dell'Inps (Commissione Medica Integrata – CMI).
- In alcune Regioni per un accordo con L'INPS, l'accertamento sanitario viene espletato direttamente presso i centri medico legali INPS.
- Ultimati gli accertamenti, la commissione medica redige – sempre in formato elettronico – il verbale di visita, firmato da almeno 3 medici (tra cui il rappresentante di categoria, se presente) e dall'operatore sociale in caso di domanda di handicap o di disabilità.
- Il verbale ASL viene poi validato dal Centro Medico Legale (CML) dell'Inps competente per territorio che può disporre nuovi accertamenti sulla documentazione sanitaria oppure tramite visita diretta.
- Una volta che il verbale è stato validato, viene inviato in duplice copia all'interessato: una con tutti i dati sanitari, anche sensibili, e l'altra con il solo giudizio finale (forma "omissis").

Sui verbali definiti dalle Commissioni mediche viene poi effettuato un monitoraggio a campione (oppure su segnalazione dei Centri medici dell'Inps) da parte della Commissione Medica Superiore (CMS). Gli accertamenti disposti dalla CMS - anche successivamente all'invio del verbale al cittadino - possono consistere in un riesame della documentazione sanitaria agli atti o in una nuova visita diretta.

Alcuni elementi medico legali utili al medico certificatore:

D.M. 05.02.1992

La tabella elenca sia infermità individuate specificamente, cui è attribuita una determinata percentuale "fissa", sia infermità il cui danno funzionale permanente viene riferito a fasce percentuali di perdita della capacità lavorativa di dieci punti, utilizzate prevalentemente nei casi di più difficile codificazione. Molte altre infermità non sono tabellate ma, in ragione della loro natura e gravità, è possibile valutarne il danno con criterio analogico rispetto a quelle tabellate. 1) Il danno funzionale permanente è riferito alla capacità lavorativa (art. 1, comma 3 ed art. 2 comma 2 D.L. 23 Nov. 1988 n.509) che deve intendersi come capacità lavorativa generica con possibilità di variazioni in più del valore base, non superiori a cinque punti di percentuale, nel caso in cui vi sia anche incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità cosiddetta semispecifica) e sulla capacità lavorativa specifica. Le variazioni possono anche essere nel senso di una riduzione non maggiore di cinque punti quando l'infermità risulti non avere incidenza sulla capacità lavorativa semispecifica e specifica. 2) NEL CASO DI INFERMITÀ UNICA, la percentuale di BASE della invalidità permanente viene espressa utilizzando, per le infermità elencate nella tabella:

a) la percentuale fissa di invalidità, quando l'infermità corrisponde, per natura e grado, esattamente alla voce tabellare (colonna "fisso"); b) la misura percentuale di invalidità calcolata rimanendo all'interno dei valori di fascia percentuale che la comprende quando l'infermità sia elencata in fascia (colonna "min-max"); c) se l'infermità non risulta elencata in tabella viene valutata percentualmente ricorrendo al criterio analogico rispetto ad infermità analoghe e di analoga gravità come indicato sub a) e sub b)

3) NEL CASO DI INFERMITÀ PLURIME, i criteri per giungere alla valutazione finale sono i seguenti: sono calcolate dapprima le percentuali relative alle singole infermità secondo i criteri individuati al punto 2) lettere a) b) c). Di seguito, occorre tener presente che le invalidità dovute a menomazioni multiple per infermità tabellate e/o non tabellate possono risultare da un concorso funzionale di menomazioni ovvero da una semplice loro coesistenza. Sono funzionalmente in concorso tra loro, le menomazioni che interessano lo stesso organo o lo stesso apparato. In alcuni casi, il concorso è direttamente tariffato in tabella (danni oculari, acustici, degli arti ecc.). In tutti gli altri casi, valutata separatamente la singola menomazione, si procede a VALUTAZIONE COMPLESSIVA, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a

quello tariffato per la perdita totale anatomo-funzionale dell'organo o dell'apparato. A mente dell'art. 5 D.L. 509/1988, nella valutazione complessiva della invalidità, non sono considerate le minorazioni inscritte tra lo 0 ed il 10%, purché non concorrenti tra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori. Non sono state inoltre individuate altre minorazioni da elencare specificatamente ai sensi dello stesso art. 5.

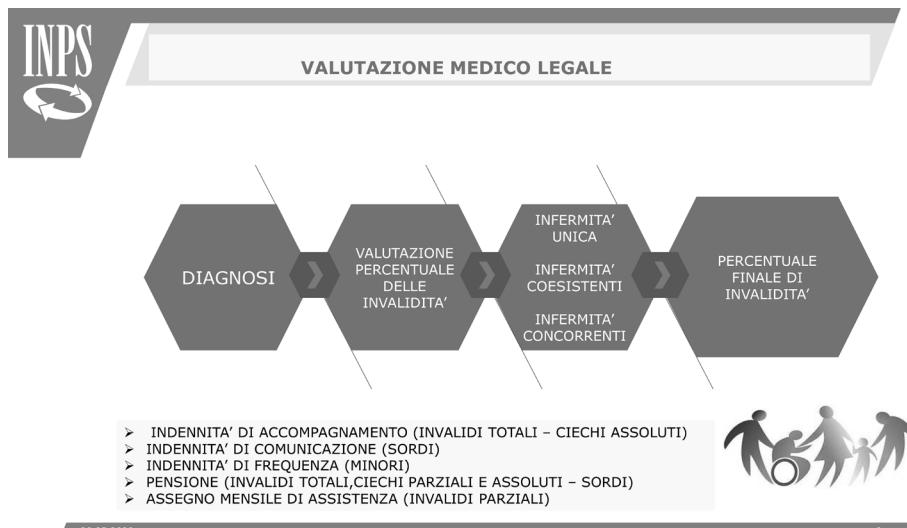
Sono in coesistenza le menomazioni che interessano organi ed apparati funzionalmente distinti tra loro. In questi casi, dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna menomazione si esegue un CALCOLO RIDUZIONISTICO mediante la seguente formula ESPRESSA IN DECIMALI: $IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$ dove l'invalidità totale finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto. Le competenti Commissioni dovranno esaminare la possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici. Le protesi sono da considerare fattore di attenuazione della gravità del danno funzionale e pertanto possono comportare una riduzione della percentuale d'invalidità a condizione che esse, per la loro natura, siano ben tollerate e funzionalmente efficaci ai fini della capacità lavorativa generica, semispecifica (= occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto) e specifica.

- La commissione esprime il suo giudizio indicando un **grado di invalidità espresso in percentuale**. Il valore – indicato sulla base di un'apposita tabella predisposta dal Ministero della Salute – si riferisce all'incidenza che ha la menomazione sulla capacità lavorativa dell'invalido, per i soggetti di età compresa tra i 18 e i 65 anni (ora 67 anni).
- La **riduzione della capacità lavorativa generica**: "la capacità lavorativa è la possibilità da parte di qualunque soggetto di esercitare le proprie energie psico-fisiche per lo svolgimento di una attività di tipo generico intesa come attività che non richiede, per l'espletamento, una particolare formazione o addestramento", deve essere permanente.

"Permanente" è una situazione biologica non immutabile né insanabile ma più realisticamente riferita ad una situazione biologica non transitoria, durabile a tempo indeterminato, senza previsione di guarigione e/o miglioramento in tempi brevi. (Catalano C et al, INVALIDITÀ CIVILE, DISABILITÀ, HANDICAP; C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2007).

- Si considera quindi "**permanente**" uno stato invalidante non circoscrivibile nel tempo. Proprio perché la permanenza non significa irreversibilità è sempre possibile la revoca nel momento in cui risultassero mutate le condizioni che hanno dato diritto alle provvidenze economiche.

- Se la commissione medica ritiene che le minorazioni siano suscettibili di modificazioni nel tempo, indica nel verbale il termine alla scadenza del quale l'invalido dovrà essere sottoposto ad una nuova visita di **revisione**.



20.05.2020

2

- Con Decreto Ministeriale 2 agosto 2007, il Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministro della Salute, ha individuato le patologie e le menomazioni in presenza delle quali sono **esclusi gli accertamenti** di controllo atti a verificare la permanenza dello stato invalidante. Il decreto indica poi la documentazione sanitaria idonea a comprovare la minorazione che – se non è già stata acquisita agli atti – va richiesta agli interessati o alle Commissioni mediche delle ASL. Il DM individua le categorie di patologie, distinte per 12 organi ed apparati (vedi elenco allegato), relative a condizioni patologiche che determinano una grave compromissione dell'autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita collettiva. L'applicazione del DM è prevista per due tipi di prestazione, ovverosia l'indennità di Accompagnamento e l'Indennità di Comunicazione. L'elenco è, revisionabile, in base alla previsione di legge, con cadenza annuale.
- In base alla legge 114/2014 nelle more dell'effettuazione delle eventuali visite di revisione e del relativo iter di verifica, i minorati civili e le persone con handicap in possesso di verbali in cui sia prevista rivedibilità conservano tutti i diritti acquisti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura. La convocazione a visita, nei casi di verbali per i quali sia prevista la

D.M. 2 AGOSTO 2007
Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante

- 1) Insufficienza cardiaca in IV classe NYHA refrattaria a terapia
- 2) Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica
- 3) perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trasportabile
- 4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide
- 5) Menomazioni dell'apparato dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8
- 6) Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologica e/o chirurgica
- 7) Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati
- 8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinata dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento
- 9) Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco
- 10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichiatrici e della vita di relazione
- 11) Deficit totale della visione
- 12) deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia

rivedibilità, è di competenza dell'Inps (circolare 10/2015). In sede di verifica, la commissione medico-legale Inps potrà esprimere anche un **giudizio di aggravamento**. Circolare INPS - Direzione Centrale Assistenza e Invalidità Civile, Direzione Centrale Organizzazione, Direzione Centrale Sistemi Informativi e Tecnologici, Coordinamento Generale Medico Legale, 23 gennaio 2015, n. 10. "1. Semplificazioni in materia di accertamento sanitario di revisione".

In caso di controversia:

- Contro il giudizio sanitario della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità è possibile promuovere un ricorso giurisdizionale entro 6 mesi dalla notifica del verbale sanitario. Il termine è perentorio: una volta decaduto sarà possibile solo presentare una nuova domanda amministrativa.
- Dal 1° gennaio 2012 in tutti i giudizi per l'invalidità civile, cecità e sordità, l'handicap e la disabilità è obbligatorio l'accertamento tecnico preventivo – ATP (legge 111/2011): un accertamento finalizzato alla verifica delle condizioni sanitarie che legittimano le pretese che il ricorrente intende far valere in giudizio. L'accertamento viene affidato dal giudice ad un consulente tecnico d'ufficio (CTU). Una volta terminata la consulenza tecnica, il giudice fissa un termine perentorio (non superiore a 30 giorni) entro il quale le parti devono dichiarare se intendono contestare

o meno le conclusioni del consulente. In assenza di contestazioni, il giudice pre-dispone il decreto di omologazione dell'accertamento, che non è più impugnabile né modificabile. Se invece una delle parti dichiara di voler contestare le conclusioni del CTU, si apre il giudizio con il deposito del ricorso introduttivo nel quale, a pena di inammissibilità, vanno indicati i motivi della contestazione.

RICORSO AMMINISTRATIVO

Contro il rigetto della domanda **per motivi amministrativi** e non sanitari il ricorso va presentato all'Inps esclusivamente per via telematica utilizzando l'applicativo "Ricorsi online" presente sul sito dell'Istituto. La procedura può essere utilizzata direttamente dall'interessato (se in possesso del codice PIN rilasciato dall'Istituto) oppure dal Patronato o da un'Associazione di categoria. Il ricorso amministrativo è ammesso esclusivamente contro provvedimenti di rigetto o di revoca dei benefici economici che attengono a requisiti non sanitari, quali il reddito, la cittadinanza, la residenza. Contro il mancato riconoscimento dei requisiti sanitari, infatti, è possibile presentare unicamente ricorso in via giudiziaria. A partire dal 21 febbraio 2011, la presentazione dei ricorsi amministrativi deve avvenire esclusivamente per via telematica:

- direttamente dal cittadino, se in possesso del codice PIN rilasciato dall'Istituto, utilizzando l'apposita procedura "Ricorsi On Line" disponibile nell'Area Servizi del portale www.inps.it;
- tramite gli Enti di patronato e gli altri soggetti abilitati all'intermediazione con l'Istituto, attraverso i servizi telematici Inps a loro dedicati.

Decorsi 90 giorni dalla comunicazione del provvedimento che si intende impugnare, è possibile adire direttamente l'autorità giudiziaria entro 6 mesi. Il ricorso giurisdizionale può essere presentato anche nel caso in cui il provvedimento che riguarda il cittadino non sia stato adottato entro 180 giorni dal verbale della commissione medica o dalla notifica di una sentenza del Tribunale del Lavoro che abbia riconosciuto un grado di invalidità superiore al 74%.

LEGGE 104/92

LEGGE 5 FEBBRAIO 1992 n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate". Successive modifiche introdotte dalla legge 8 marzo 2000, n. 53, dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, dalla legge 4 novembre 2010, n. 183 (art. 24) e dal decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 ed infine dal decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66.

Fino ad oggi la legge 104/1992 è il riferimento più importante ai fini della disabilità perché definisce i diritti della persona disabile e gli interventi necessari a garantire tali diritti e il quadro istituzionale e le competenze dei diversi Enti coinvolti.

PRINCIPI GENERALI

La legge detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata. Essa costituisce inoltre riforma economico sociale della Repubblica, ai sensi dell'articolo 4 dello Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 5.

Soggetti aventi diritto: - Art. 3 c.1: è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica, sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale ed emarginazione - c.2: la persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative - c.3: qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione (svantaggio) assume **connotazione di gravità**.

La legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali. Dal 1° gennaio 2010, le domande volte ad ottenere la certificazione di handicap devono essere inoltrate all'INPS, territorialmente competente, esclusivamente per via telematica. La certificazione introduttiva deve essere redatta da un medico abilitato alla compilazione telematica del certificato. Una volta compilato e inviato il certificato on line, la procedura

genera una ricevuta che il medico dovrà stampare e consegnare al richiedente. La ricevuta reca anche il numero di certificato che dovrà poi essere riportato nella domanda amministrativa. Il certificato ha una validità di 90 giorni dalla data di rilascio. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle commissioni mediche, integrate da un operatore sociale. Se la Commissione non si pronuncia nei tempi indicati per legge può essere richiesto un verbale provvisorio (rilasciato da un medico pubblico dipendente specialista nella patologia da cui è affetto il paziente). La certificazione provvisoria ha efficacia fino all'accertamento definitivo. La commissione emette un giudizio di: non portatore di handicap; Portatore di handicap non in situazione di gravità (art. 3 comma 1 legge 104/92); Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 legge 104/92). Avverso il mancato riconoscimento dell'handicap non è previsto il ricorso in via amministrativa. Qualora si intenda contestare il giudizio è necessario presentare istanza di accertamento tecnico preventivo, entro sei mesi dalla notifica del verbale, presso il giudice ordinario con l'assistenza di un legale. Il riconoscimento della condizione di handicap non dà diritto a provvidenze economiche dirette (pensioni, assegni, indennità per invalidità civile), per ottenere le quali è necessario il riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile o del sordomutismo, che attiene ad una diversa valutazione. Le agevolazioni previste per i portatori di handicap vengono definite in vari articoli della legge 104/92 cui sono state successivamente apportate modifiche ed integrazioni - dalla legge 53/2000, dalla legge 388/2000 e dal Decreto legislativo 151/2001, nonché dalle sentenze n. 233/2005, n. 158/2007 e n. 19/2009 della Corte Costituzionale.

Riteniamo opportuno ricordare alcuni elementi importanti:

MENOMAZIONE: qualsiasi perdita o anormalità a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche; essa rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d'organo. **DISABILITÀ:** qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a una menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità rappresenta l'oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona.

HANDICAP: condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedi-

sce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali). Esso rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze – culturali, sociali, economiche e ambientali – che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio deriva dalla diminuzione o dalla perdita delle capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie dell'universo che circonda l'individuo. Pertanto abbiamo una visione che evolve da "*handicappato*" (ICIDH 1980), per approdare a: "*persona con disabilità*" (ICF 2001). La disabilità viene intesa, infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale. Il medico, quotidianamente, viene a contatto con i dettami di questa legge, più volte rimaneggiata, ampliata e adeguata al mutarsi, talvolta anche repentinamente ed in modo inaspettato, delle condizioni sociali, economico-politiche, sanitarie vedi l'attuale pandemia da coronavirus o meglio sindemia che ha colpito il mondo, causando un capovolgimento del lavoro e del modo di vivere di tutti, ma nonostante tutto i principi generali di questa legge mantengono la barra dritta dei diritti dei soggetti fragili bisognevoli di adeguata assistenza da parte della collettività.

10.3 Invalidità pensionabile

A. Cavalli, G. Magnelli

La presente illustrazione è rivolta alla prestazioni disciplinate dalla cosiddetta AGO, acronimo di **Assicurazione Generale Obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti, che trova fondamento nella Legge 30 giugno 1984, n. 222.** In tale regime confluiscono la maggior parte dei lavoratori tutelati dall'INPS e, in particolare:

- i lavoratori dipendenti del settore privato e quelli di alcune pubbliche amministrazioni (segnatamente: comparto Enti Pubblici non Economici, che comprende una gamma eterogenea di enti pubblici istituzionali posti in funzione ausiliaria e strumentale rispetto allo Stato; indicati comunemente anche come enti parastatali, svolgono funzioni pubbliche ed erogano servizi di pubblico interesse);
- i lavoratori autonomi artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri;
- i lavoratori iscritti alla c.d. Gestione separata introdotta dall'art. 2, comma 26, legge 8 agosto 1995, n. 335, che esercitano per professione abituale, ancorchè non esclusiva, attività di lavoro autonomo, di cui al comma 1 dell'articolo 49 del testo unico delle imposte sui redditi, nonché i titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa; il successivo D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111, ha precisato che i soggetti che esercitano per professione abituale, ancorchè non esclusiva, attività di lavoro autonomo tenuti all'iscrizione presso l'apposita gestione separata INPS sono esclusivamente quelli che svolgono attività il cui esercizio non sia subordinato all'iscrizione ad appositi albi professionali, ovvero attività non soggette al versamento contributivo in base ai rispettivi statuti e ordinamenti (enti previdenziali di diritto privato di cui ai decreti legislativi 30 giugno 1994, n. 509 e 10 febbraio 1996, n. 103).

L'INPS, per particolari categorie di lavoratori, gestisce altre forme previdenziali integrative o sostitutive dell'Assicurazione Generale Obbligatoria.

Alcuni fondi speciali sono stati nel tempo soppressi. Tuttavia, per gli assicurati e i pensionati iscritti al momento della soppressione continua a trovarre applicazione, in via transitoria, la disciplina speciale prevista dagli stessi.

FONDI SPECIALI, GESTIONI E CATEGORIE PARTICOLARI DI LAVORATORI

- **Ex Fondo di previdenza per il personale addetto ai pubblici servizi di trasporto.** Dal 1 ° gennaio 1996, il Fondo è stato soppresso. Con effetto da tale data, sono iscritti all'AGO: - i lavoratori dipendenti di aziende esercenti il servizio pubblico di trasporto; - i lavoratori assunti dalle aziende esercenti pubblico servizio di trasporto successivamente al 31 dicembre 1995; - i titolari di posizioni assicurative presso il soppresso Fondo per la previdenza del personale addetto ai pubblici servizi di trasporto; - i titolari di trattamenti pensionistici diretti ed ai superstiti a carico del soppresso Fondo per la previdenza del personale addetto ai pubblici servizi di trasporto in essere al 31 dicembre 1995. Diversamente, i dipendenti da comuni, province e regioni esercenti direttamente in economia il pubblico servizio di trasporto sono iscritti all'INPS nella gestione dipendenti pubblici.
- **Ex Fondo di previdenza per il personale addetto ai pubblici servizi di telefonia.** Dal 1 ° gennaio 2000 il Fondo di previdenza per il personale addetto ai pubblici servizi di telefonia è soppresso. A partire da questa data il personale addetto ai pubblici servizi di telefonia è iscritto al Fondo pensione dei lavoratori dipendenti e si applicano integralmente le regole che riguardano tale Fondo. Per contro, ai lavoratori che a quella data erano già iscritti al soppresso Fondo telefonici continuano ad applicarsi le regole previste dalla normativa vigente presso il predetto soppresso Fondo. In tale Fondo era iscritto: - il personale dipendente dalle società concessionarie dei pubblici servizi di telefonia e dalla Società Italcable; - i dipendenti dalle società che esercitano il controllo ed il coordinamento tecnico, amministrativo e finanziario delle società concessionarie dei pubblici servizi di telefonia e dalle associazioni costituite tra le stesse società concessionarie per la tutela e la rappresentanza dei loro interessi economici e sindacali.
- **Ex Fondo di previdenza per i dipendenti dell'ENEL e delle Aziende elettriche private.** Dal 1° gennaio 2000 il Fondo è stato soppresso. Con effetto dalla medesima data sono iscritti all'AGO i titolari di posizioni assicurative e i titolari di trattamenti pensionistici diretti e ai superstiti presso il

soppresso fondo. La suddetta iscrizione è effettuata con evidenza contabile separata nell'ambito del Fondo pensioni lavoratori dipendenti. Invece, per i lavoratori iscritti al fondo al momento della soppressione, continuano ad applicarsi le regole previste dalla normativa vigente presso il soppresso fondo.

- **Fondo di previdenza per il personale addetto alla gestione delle imposte di consumo.** È un fondo di previdenza sostitutivo dell'assicurazione generale obbligatoria che eroga prestazioni pensionistiche e prestazioni in capitale. Dal 1 ° gennaio 1973, a seguito dell'abolizione delle imposte comunali di consumo, il personale è transitato alle dipendenze dell'Amministrazione statale - con immissione nel ruolo speciale ad esaurimento, istituito presso il Ministero delle Finanze - ovvero è stato mantenuto in servizio presso i Comuni dai quali dipendeva.
- **Fondo "Volo".** La tutela previdenziale del personale di volo dipendente da Aziende di navigazione aerea è a carico di un Fondo speciale di previdenza, sostitutivo dell'assicurazione generale obbligatoria. Il regime pensionistico degli iscritti al Fondo è stato armonizzato a quello dell' AGO, facendo salve alcune particolarità in considerazione dell'attività professionale del personale volo.
- **Fondo Previdenza Marinara.** La Cassa Nazionale per la Previdenza Marinara, istituita nel 1938, era divisa in due gestioni: la gestione marittimi e la gestione speciale, alla quale erano assicurati il personale appartenente allo Stato Maggiore navigante e gli addetti ai servizi amministrativi. Dal 1 ° settembre 1984 è stata soppressa la Cassa Nazionale per la Previdenza Marinara e sono state poste le basi per il definitivo passaggio dei "marittimi" nel sistema dell' AGO, ma sono stati anche garantiti alcuni istituti tipici della preesistente normativa, connessi alla particolare attività svolta da tali lavoratori.
- I soggetti esercenti attività marittima che non potevano essere iscritti alla gestione marittima continuano tuttora ad essere esclusi da tale contribuzione e sono quindi considerati lavoratori dipendenti e/o associati come la generalità degli iscritti ali' AGO, e, non possono quindi usufruire delle specifiche prestazioni previste per i marittimi. Tali categorie di lavoratori sono: - i dipendenti delle linee di navigazione su acque interne; - i marittimi associati in cooperative; - i pescatori autonomi; - i marittimi imbarcati su navi di stazza inferiore alle 10 tonnellate; - gli ormeggiatori; - i barcaioli; - il personale imbarcato su gallegianti non autopropulsi; - il personale delle piattaforme galleggianti; - i marittimi dipendenti da Pubblica Amministrazione.

- **Fondo di previdenza per gli impiegati dipendenti dai concessionari del servizio di riscossione dei tributi e delle altre entrate dello Stato e degli enti pubblici.** È un Fondo obbligatorio integrativo dell'Assicurazione generale obbligatoria per invalidità, vecchiaia e superstiti. Dal 1998 le prestazioni a carico del fondo si conseguono esclusivamente in presenza dei requisiti (anagrafici e contributivi) e con la decorrenza previsti dalla disciplina del fondo pensioni lavoratori dipendenti dell' AGO. Sono iscritti al Fondo gli impiegati dipendenti dai concessionari del servizio di riscossione tributi e delle altre entrate dello Stato e degli Enti pubblici. L'iscrivibilità è legata alla particolare attività svolta dal lavoratore (riscossione dei tributi nazionali e locali) indipendentemente dalle modifiche normative che nel tempo hanno variato la figura del datore di lavoro (esattorie e ricevitorie delle imposte dirette, concessionari, Equitalia e altre società addette alla riscossione).
- **Fondo integrativo dell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia e superstiti a favore del personale dipendente dalle aziende private del gas.** È stato soppresso a decorrere dal 1 ° dicembre 2015. Hanno diritto ai trattamenti integrativi a carico del fondo gli iscritti che abbiano maturato tutti requisiti di legge, compresa la cessazione dal servizio, entro novembre 2015. Continueranno ad essere liquidate, anche dopo il 1 ° dicembre 2015, i trattamenti di reversibilità derivanti dalle pensioni del soppresso Fondo.
- **Fondo di previdenza del clero secolare e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica.** Costituisce una forma previdenziale compatibile con l' AGO e con altre forme di previdenza sostitutive, esclusive o esonerative. Le prestazioni a carico di tale fondo sono: - la pensione vecchiaia; - la pensione di invalidità; - la pensione ai superstiti. La pensione a carico del Fondo è cumulabile con le pensioni a carico degli altri ordinamenti pensionistici limitatamente ai due terzi dell'importo. La somma trattenuta sulla pensione è devoluta a favore del Fondo stesso. I trattamenti erogati dal Fondo, stante la sua particolare natura, non sono stati interessati dalla riforma pensionistica Monti/Fornero destinata all'assicurazione generale obbligatoria, ai fondi sostitutivi, esclusivi ed esonerativi della stessa.
- **Fondo quiescenza Poste:** per effetto della soppressione dell'IPOST a decorrere dal 31 maggio 2010 è gestito dall'INPS. I soggetti iscritti al Fondo di quiescenza Poste sono: - i dipendenti delle Poste Italiane S.p.A.; - i dipendenti di Società collegate.

- **Fondo speciale Ferrovie dello Stato S.p.A.** Fondo istituito nel 1908, è stato soppresso dal 1 ° aprile 2000 e, con decorrenza dalla stessa data, è stato istituito presso l'INPS l'apposito Fondo speciale del personale delle Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A. I soggetti iscritti al Fondo sono: - i dipendenti delle Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A. assunti in data precedente all'1/4/2000; - i dipendenti della Holding delle Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A.; - gli ex dipendenti trasferiti per mobilità ad altre amministrazioni e che hanno optato per il mantenimento dell'iscrizione al Fondo. - Non sono iscritti al Fondo speciale Ferrovie dello Stato: - i lavoratori assunti in base a norme che imponevano o consentivano agli interessati l'iscrizione all'Assicurazione generale; - il personale navigante del settore "Navi Traghetto FS", assunto dalla data di entrata in vigore della legge 26 luglio 1984, n. 413; - i lavoratori assunti dalle Società del Gruppo FS con decorrenza successiva al 1 ° aprile 2000. Questi lavoratori vengono iscritti obbligatoriamente al Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti.
- **Fondo lavoratori dello spettacolo.** I lavoratori iscritti al Fondo pensione lavoratori dello spettacolo (FPLS) sono iscritti all'ex gestione ENPALS, ente soppresso nel 2011 e confluito nell'INPS tra le forme previdenziali sostitutive dell' AGO con la denominazione di Fondo Pensione Lavoratori delle Spettacolo (FPLS) e di Fondo Pensione Sportivi Professionisti (FPSP). Peculiarità del Fondo è quella di assicurare, nella stessa misura e con le stesse tutele pensionistiche previste per i lavoratori subordinati, le categorie artistiche in relazione all'attività svolta a prescindere dalla natura subordinata, saltuaria o autonoma del rapporto di lavoro. Infatti, anche ai lavoratori autonomi si applicano le stesse aliquote, e con i medesimi criteri di ripartizione, in vigore nel Fondo pensioni lavoratori dipendenti. La competenza assicurativa è determinata dalla qualifica professionale del lavoratore che è riconducibile a categorie tassativamente previste per legge.
- **Fondo sportivi professionisti.** Gli sportivi sono iscritti all'ex gestione ENPALS, ente, come si è detto al punto precedente, soppresso nel 2011 e confluito nell'INPS con la denominazione di Fondo Pensione Sportivi Professionisti (FPSP) e Fondo Pensione Lavoratori delle Spettacolo (FPLS). La tutela previdenziale per gli sportivi è stata riconosciuta per la prima volta con la legge 14 giugno 1973, n.366. Sono oggi considerati lavoratori sportivi "... gli atleti, gli allenatori, i direttori tecnico-sportivi ed i preparatori atletici che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal C.O.N.I e che conseguo-

no la qualificazione dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal C.O.N.I. per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica". Nell'ambito delle Federazioni sportive professionalistiche disciplinate dal C.O.N.I., sono sei le Federazioni con obbligo di iscrizione all'attuale FPSP: - Calcio: serie A, B, C1 e C2 maschile; - Ciclismo: gare su strada e su pista approvate dalla Lega ciclismo; - Golf; - Motociclismo: velocità e motocross; - Pallacanestro: serie A1 e A2 maschile; - Pugilato: I, II, III serie nelle 15 categorie di peso.

- **Fondo Speciale Minatori.** Nel 1960 è stata istituita presso l'INPS una Gestione speciale di previdenza integrativa dell'assicurazione generale obbligatoria, alla quale sono obbligatoriamente iscritti tutti i dipendenti da imprese esercenti miniere, cave e torbiere con lavorazione anche se parziale in sotterraneo.
- **Ex Fondo previdenziale e assistenziale degli Spedizionieri doganali.** Il Fondo previdenziale ed assistenziale per il personale iscritto all'albo degli spedizionieri doganali, istituito nel 1960, è stato soppresso dal 1 ° gennaio 1998. Dalla stessa data le attività riguardanti l'erogazione dei trattamenti pensionistici e della buonuscita sono confluite in INPS.
- **Ex Cassa di previdenza per l'assicurazione degli sportivi.** Dal 3 ottobre 2007, tale Cassa di Previdenza (Sportass) è stata soppressa e l'INPS è subentrato a Sportass in tutti i suoi rapporti di natura previdenziale ancora pendenti, sia nell'obbligo di corrispondere, nella misura e nei tempi stabiliti, le prestazioni dovute agli iscritti al Fondo, sia nel diritto di percepire i contributi dovuti dagli stessi iscritti. I trattamenti sono riservati a tutti gli atleti, tecnici ed ausiliari sportivi che esercitano attività retribuita nell'ambito del CONI o delle Federazioni sportive nazionali e società sportive sulle quali il CONI esercita la tutela per legge.
- **Gestione Dirigenti di Aziende industriali.** L'Ente di previdenza per i dirigenti industriali (Inpdai) è stato soppresso nel 2002 e le sue funzioni sono confluite in INPS. Dal 1 ° gennaio 2003 i dirigenti industriali e i pensionati del soppresso Ente sono iscritti all'Inps nel Fondo pensioni lavoratori dipendenti (FPLD). Il regime pensionistico dei dirigenti industriali è uniformato nella sua totalità a quello del FPLD; conseguentemente le prestazioni previdenziali, i requisiti di accesso e la decorrenza delle stesse sono simili a quelle previste per i lavoratori iscritti all'assicurazione generale obbligatoria.

- **Fondo di previdenza per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari.** È un Fondo di previdenza istituito dal 1° gennaio 1997 per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari. Possono iscriversi al fondo di previdenza i soggetti di entrambi i sessi e di età compresa fra quella prevista dalle norme sull'avviamento al lavoro se: - svolgono lavoro in famiglia non retribuito connesso con responsabilità familiari, senza vincoli di subordinazione; - non sono titolari di pensione diretta; - non prestano attività lavorativa dipendente o autonoma per la quale sussista l'obbligo di iscrizione ad altro ente o cassa previdenziale.

Compete all'INPS, infine, la **Gestione dipendenti pubblici (ex INPDAP)**. Dal 1° gennaio 2012 - per effetto del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modifiche nella legge numero 27 dicembre 2011, n. 204 - l'INPDAP è confluito in INPS. L'INPDAP, Istituto Nazionale di Previdenza per i Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica, era nato con il D.Lgs. 30 giugno 1994, n. 479. Nell'INPADP erano confluiti Enpas, Inadel, Enpdep e le Casse pensionistiche gestite dagli Istituti di Previdenza del Ministero del Tesoro (Cpdel, Cps, Cpi, Cpub), quali Enti preposti alla gestione delle pensioni e delle liquidazioni dei dipendenti dello Stato e degli Enti locali. Successivamente erano confluite nell'INPDAD anche le funzioni di pagamento delle pensioni proprie delle direzioni provinciali del Ministero del Tesoro. Nel 2010, infine, anche le funzioni dell'ENAM, Ente Nazionale di Assistenza Magistrale, erano state trasferite all'INPDAP. Fino al 31 dicembre 2011 l'INPDAP ha costituito il polo previdenziale per i pubblici dipendenti. In qualità di ciò si è occupato della liquidazione e del pagamento delle pensioni, dei trattamenti di fine servizio (indennità premio servizio e indennità di buonuscita) e del trattamento di fine rapporto (TFR). Ha inoltre offerto - e come INPS offre tuttora, analogamente con quanto avviene per pensioni e trattamenti di fine servizio e rapporto - prestazioni di carattere creditizio e sociale, sia ai dipendenti in servizio sia ai pensionati della pubblica amministrazione e ai loro familiari. Tali prestazioni includono prestiti e mutui, borse di studio per la frequenza di scuole medie e superiori, università, master postuniversitari e dottorati di ricerca, vacanze sport in Italia e vacanze studio all'estero, accoglienza di studenti in convitti di proprietà o in convenzione, stage all'estero, soggiorni in Italia e ospitalità in Case albergo per anziani e in strutture residenziali convenzionate.

ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ -ART. 1 DELLA LEGGE 30 GIUGNO 1984, N. 222 (Circolari INPS 262 del 1984 e 1 RS/20 del 1985)**Requisiti medico-legali**

Si considera invalido, ai fini del conseguimento del diritto all'assegno nell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti e nelle gestioni speciali dei lavoratori autonomi, l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, a meno di un terzo.

La attuale definizione dell'invalidità sostituì nel 1984 il concetto di capacità di guadagno con quello di capacità di lavoro: ciò significa che il giudizio di invalidità deve essere rapportato alla sola validità fisico-psichica dell'assicurato e alle sue attitudini con esclusione dei fattori socio-economici ai quali poneva riferimento la precedente normativa.

La riduzione della capacità di lavoro deve essere valutata con riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini dell'assicurato tenendo conto, cioè, dei fattori soggettivi (età, sesso, esperienza professionale ecc.) che servono a determinare le attitudini del richiedente la prestazione, alla base dell'indagine relativa ai lavori affini espletabili.

L'espressione "occupazioni confacenti" deve intendersi riferita sia ad attività di natura subordinata che autonoma.

Ancora, è stato precisato dall'Istituto che le "occupazioni confacenti alle attitudini" si possono definire come tutte quelle occupazioni che l'assicurato ha esercitato, in maniera non occasionale ma continuativa, nell'arco della sua vita lavorativa e le attività a queste analoghe, non necessariamente appartenenti ad una stessa categoria lavorativa ma più ampiamente riferibili all'impegno fisico ed intellettuale richiesti, al grado di apprendimento ed agli "organi" (in senso medico - legale) interessati ad espletarle. Sotto questo aspetto potranno risultare affini tra loro anche mestieri molto differenti, mentre, di regola, più alto è il livello di specializzazione e minore è la possibilità di individuare occupazioni similari.

È altresì ritenuto indennizzabile il cosiddetto "rischio precostituito", laddove il secondo comma dell'art. 1, recependo il principio sancito dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 163/1983, stabilisce che il diritto all'assegno di invalidità sussiste anche nei casi in cui la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo preesista al rapporto assicurativo purchè vi sia stato successivo aggravamento o siano sopraggiunte nuove infermità.

Per il riconoscimento del diritto la norma richiede che la capacità lavorativa

venga ulteriormente ridotta per effetto di soli fattori biologici, indipendentemente dalla misura dell'ulteriore riduzione, che può essere anche di modesta entità.

Requisiti amministrativi

L'iscritto nell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti riconosciuti invalido ha diritto all'assegno ordinario di invalidità a condizione che:

- a) siano trascorsi non meno di 5 anni dalla data di inizio dell'assicurazione;
- b) risultino complessivamente versati, accreditati o dovuti in suo favore almeno 60 contributi mensili, ovvero 260 contributi settimanali o 1350 contributi agricoli giornalieri;
- c) risultino versati, accreditati o dovuti in suo favore nel quinquennio precedente la domanda di pensione almeno 36 contributi mensili ovvero 156 contributi settimanali o 810 contributi agricoli giornalieri.

Per gli iscritti alle gestioni speciali degli artigiani e degli esercenti attività commerciali valgono gli stessi requisiti sopra indicati in virtù del rinvio di carattere generale alle norme dell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti contenuto nelle leggi istitutive delle due gestioni (art. 1, comma 2 della legge 4 luglio 1959, n. 463, per gli artigiani e art. 1, comma 3, della legge 22 luglio 1966, n. 613 per gli esercenti attività commerciali).

L'iscritto alla gestione speciale dei coltivatori diretti, coloni e mezzadri riconosciuto invalido, fermo restando il requisito di cui alla lettera a) ha diritto all'assegno ordinario di invalidità a condizione che: b) risultino versati o accreditati in suo favore almeno 780 contributi giornalieri; c) risultino versati o accreditati in suo favore, nel quinquennio precedente la domanda, almeno 468 contributi giornalieri.

Decorrenza dell'assegno.

L'assegno ordinario di invalidità decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda ovvero dal primo giorno del mese successivo a quello del perfezionamento del relativo diritto avvenuto nel corso del procedimento amministrativo (art. 18, D.P.R. n. 488/1968).

Conferma dell'assegno (art. 1, commi 7 e 8).

L'assegno di invalidità è riconosciuto per un periodo di tre anni ed è confermabile per ulteriori periodi triennali, purché la riduzione della capacità di lavoro permanga oltre il limite di legge. Tale permanenza - per esplicita disposizione

del comma 7 - deve essere accertata tenendo conto anche dell'eventuale attività lavorativa svolta dall'interessato.

Per ottenere la conferma il titolare di assegno è tenuto a presentare apposita domanda.

Se la domanda viene presentata nel semestre precedente la data ultima del triennio la conferma ha effetto dal primo giorno del mese successivo a tale data ed il pagamento dell'assegno non subisce soluzioni di continuità.

Se la domanda viene presentata entro i 120 giorni successivi alla data ultima del triennio la conferma ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda e il nuovo triennio deve essere computato dalla data di scadenza del precedente e non dalla data dalla quale ha effetto la conferma.

La domanda di conferma presentata dopo la scadenza del termine di centoventi giorni deve essere considerata e definita quale nuova domanda di assegno.

Dopo tre riconoscimenti consecutivi l'assegno è confermato automaticamente e cioè indipendentemente dalla domanda dell'interessato, ferma restando in ogni caso la facoltà di revisione prevista dall'art. 9.

Le conferme devono considerarsi consecutive anche nei casi in cui vi sia stata soluzione di continuità di pagamento tra l'una e l'altra per avere il titolare dell'assegno presentato la relativa domanda nei centoventi giorni successivi alla scadenza del precedente triennio.

Reversibilità ai superstiti

L'assegno di invalidità non è reversibile ai superstiti.

In caso di decesso del titolare, i superstiti devono essere considerati, ai fini del diritto alla pensione indiretta, quali superstiti di lavoratore assicurato.

Trasformazione dell'assegno di invalidità in pensione di vecchiaia (art. 1, comma 10).

Il comma 10 dell'art. 1, stante il carattere temporaneo dell'assegno di invalidità, stabilisce che, al compimento dell'età pensionabile prevista dalle gestioni interessate, l'assegno deve essere trasformato d'ufficio, in presenza dei requisiti di assicurazione e di contribuzione, in pensione di vecchiaia.

A questo fine la norma stabilisce che i periodi di godimento dell'assegno per i quali non sia stata prestata attività lavorativa devono essere considerati utili ai fini del perfezionamento dei requisiti di contribuzione e di assicurazione: con ciò si intende che i periodi in questione devono essere considerati come

periodi di contribuzione e di assicurazione in sede di accertamento del diritto alla pensione di vecchiaia ferma restando la loro irrilevanza ai fini della determinazione della relativa misura.

Nel prevedere la trasformazione d'ufficio dell'assegno in pensione di vecchiaia il comma 10 dell'art. 1, allo scopo di evitare che l'operazione risulti economicamente pregiudizievole, stabilisce che l'importo della pensione non può essere inferiore a quello dell'assegno in godimento al compimento dell'età pensionabile.

PENSIONE ORDINARIA DI INABILITÀ - ART. 2 DELLA LEGGE

30 GIUGNO 1984, N. 222 (Circolari INPS 262/1984 e 1 RS/20 del 1985)

Requisiti medico-legali

Ai fini del conseguimento del diritto alla pensione di inabilità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti e delle gestioni speciali per i lavoratori autonomi si considera inabile l'assicurato o il titolare di assegno di invalidità il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa. La attuale definizione dell'inabilità, adottando la dizione "impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa" in luogo di quella "impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro" usata dall'art. 39 del D.P.R. n. 818/1957, ha inteso escludere dalla pensione di inabilità coloro che svolgono o siano in grado di svolgere un'attività lavorativa di natura subordinata o autonoma a nulla rilevando che si tratti di una attività non confacente, usurante o scarsamente remunerativa, essendo anche tali attività preclusive del diritto a pensione. In altri termini l'inabilità prevista dalla legge n. 222 nel tenore letterale della norma va intesa come incapacità piena ed incondizionata a qualsiasi lavoro autonomo o subordinato.

Ancora, il diritto alla pensione di inabilità richiede invece l'esistenza di una menomazione somatopsichica, di durata non prevedibile nel tempo, determinante una assoluta incapacità a disimpegnare qualsivoglia generica attività produttiva, cioè utilizzabile ai fini remunerativi, fermo restando che il soggetto può conservare una residua efficienza purchè in misura tale da non poter essere utilmente applicata in attività lavorative di natura subordinata o autonoma.

Per la pensione di inabilità la legge n. 222/1984 non prevede la fattispecie del rischio precostituito: ciò perchè, pur essendo ipotizzabile un aggravamento delle condizioni fisiche di chi è già inabile, lo stato di inabilità non consente di per sé lo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa e quindi la costituzione di un valido rapporto assicurativo.

Ovviamente l'assicurato già invalido prima dell'inizio del rapporto assicurativo, in caso di aggravamento che comporti la perdita di ogni capacità lavorativa, ha diritto al riconoscimento della pensione di inabilità.

Requisiti amministrativi

Per i requisiti amministrativi richiesti per il diritto alla pensione di inabilità valgono le medesime disposizioni dell'assegno di invalidità.

Il comma 2 dell'art. 2 stabilisce che la concessione della pensione al lavoratore riconosciuto inabile è subordinata alla sua cancellazione dagli elenchi anagrafici degli operai agricoli, dagli elenchi nominativi dei lavoratori autonomi e dagli albi professionali, alla rinuncia ai trattamenti a carico dell'assicurazione generale obbligatoria contro la disoccupazione ed a ogni altro trattamento sostitutivo o integrativo della retribuzione.

Lo stesso comma stabilisce altresì che, nel caso in cui la rinuncia o la cancellazione avvengano successivamente alla presentazione della domanda, la pensione è corrisposta a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello della rinuncia o della cancellazione.

Dal combinato disposto delle due previsioni si desume che la cancellazione dagli elenchi anagrafici dei lavoratori agricoli, dagli elenchi nominativi dei lavoratori autonomi e dagli albi professionali, così come la rinuncia ai trattamenti di disoccupazione ovvero sostitutivi o integrativi della retribuzione costituiscono condizioni essenziali per il diritto alla pensione.

In altri termini, l'iscrizione negli elenchi e negli albi e la percezione dei trattamenti sopra richiamati rappresentano cause impeditive del riconoscimento del diritto in presenza delle quali deve farsi luogo alla reiezione amministrativa della domanda di pensione, fermo restando che in caso di cancellazione o di rinuncia intervenuta nel corso del procedimento amministrativo il diritto a pensione deve essere riconosciuto a far tempo dal primo giorno del mese successivo a quello dal quale la cancellazione o la rinuncia hanno avuto effetto.

Misura della pensione

L'importo della pensione di inabilità viene determinato con il sistema di calcolo misto (una quota calcolata con il sistema retributivo e una quota con il sistema contributivo) o totalmente contributivo, se il lavoratore ha iniziato l'attività lavorativa dopo il 31 dicembre 1995.

L'anzianità contributiva maturata viene incrementata, nel limite massimo di 2080 contributi settimanali, dal numero di settimane intercorrenti tra la de-

correnza della pensione e il compimento di 60 anni di età sia per le donne sia per gli uomini, a seguito dell'introduzione del sistema contributivo per le anzianità maturate dal 1 ° gennaio 2012.

Decorrenza della pensione

Per la decorrenza della pensione di inabilità valgono le previsioni vigenti per l'assegno di invalidità.

Reversibilità ai superstiti

La pensione ordinaria di inabilità è reversibile ai superstiti del titolare secondo le norme vigenti nell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti e nelle gestioni speciali dei lavoratori autonomi.

ASSEGNO PRIVILEGIATO DI INVALIDITÀ E PENSIONE PRIVILEGIATA DI INABILITÀ ART. 6 DELLA LEGGE 30 GIUGNO 1984, N. 222 (Circolari INPS 262/1984)

Requisiti medico-legali

Il diritto all'assegno privilegiato d'invalidità e alla pensione privilegiata di inabilità è condizionato alla circostanza che l'invalidità e l'inabilità risultino riconducibili - con nesso diretto di causalità - al servizio prestato dall'assicurato nel corso di un rapporto di lavoro soggetto all'obbligo assicurativo per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti.

Requisiti amministrativi

L'iscritto nell'assicurazione generale obbligatoria per i lavoratori dipendenti ha diritto all'assegno privilegiato di invalidità e alla pensione privilegiata di inabilità anche in mancanza dei requisiti di assicurazione e di contribuzione richiesti per il diritto alle analoghe prestazioni ordinarie.

Il diritto all'assegno privilegiato di invalidità e quello alla pensione privilegiata d'inabilità non possono essere riconosciuti quando dall'evento che ha determinato l'insorgenza dell'invalidità o dell'inabilità derivi il diritto a rendita a carico dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ovvero a trattamenti a carattere continuativo di natura previdenziale o assistenziale a carico dello Stato e di altri Enti pubblici.

REVISIONE DELL'ASSEGNO DI INVALIDITÀ E DELLA PENSIONE DI INABILITÀ - ART. 9 DELLA LEGGE 30 GIUGNO 1984, N. 222 (Circolari INPS 262/1984)

Revisione d'ufficio (Revisione a iniziativa dell'Istituto dell'assegno di invalidità e della pensione di inabilità - Revisione obbligatoria dell'assegno di invalidità). L'Istituto ha facoltà di sottoporre ad accertamenti sanitari di revisione in qualsiasi momento, anche dopo il compimento dell'età pensionabile, sia il titolare dell'assegno di invalidità che il titolare di pensione per inabilità.

L'accertamento sanitario di revisione è obbligatorio quando risulti che nell'anno solare precedente il titolare di assegno di invalidità abbia percepito redditi da lavoro dipendente, con esclusione dei trattamenti di fine rapporto comunque denominati, e reddito da lavoro autonomo o professionale o d'impresa per un importo lordo annuo, al netto dei soli contributi previdenziali, superiori a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti.

Qualora dagli accertamenti di revisione risulti venuto meno lo stato invalidante o quello di inabilità deve darsi luogo alla revoca della prestazione in atto con effetto dal primo giorno del mese successivo a quello di effettuazione dell'accertamento.

Quando, a seguito dell'accertamento di revisione disposto nei confronti del titolare di pensione di inabilità, viene accertato il recupero della capacità di lavoro entro i limiti di cui all'art. 1 della legge, deve attuarsi la revoca della pensione di inabilità e la liquidazione d'ufficio, a decorrere dalla data dalla quale ha effetto la revoca, dell'assegno di invalidità.

Quando, all'opposto, a seguito dell'accertamento di revisione il titolare dell'assegno di invalidità viene riconosciuto inabile deve farsi luogo alla revoca dell'assegno e alla liquidazione della pensione di inabilità a decorrere dalla data da cui ha effetto la revoca.

Qualora il titolare di assegno di invalidità o di pensione di inabilità rifiuti, senza giustificato motivo, di sottoporsi agli accertamenti di revisione disposti dall'Istituto, si procede alla sospensione del pagamento delle rate della prestazione.

Revisione a domanda del titolare.

L'accertamento di revisione può essere richiesto dal titolare di assegno di invalidità o di pensione di inabilità quando siano mutate le condizioni che hanno dato luogo al riconoscimento del diritto alla prestazione in essere.

A tal fine l'interessato è tenuto a presentare alla competente Sede dell'Istituto

apposita domanda corredata da certificazione sanitaria che comprovi il mutamento di cui sopra.

La richiesta di revisione deve esser esaminata dalla UO medico-legale dell'Istituto e, ove si rilevi che sussistano fondati motivi per procedere alla revisione, si procede con i necessari accertamenti medico-legali.

Irrevocabilità dell'assegno di invalidità liquidato a lavoratori ciechi.

L'art. 68, 1 comma, della legge n. 153/1969 stabilisce che le disposizioni di cui al secondo comma dell'art. 10 del R.D.L. n. 636/1939 (revoca della pensione di invalidità in caso di recupero della capacità di guadagno), non si applicavano nei confronti dei ciechi che esercitano un'attività lavorativa.

Considerate le finalità della disposizione ed il rinvio alle norme comuni contenuto nell'art. 12 della legge n. 222, il disposto dell'art. 68, 1 comma, della legge n. 153/1969 è stato esteso all'assegno di invalidità.

La norma in questione non può ovviamente essere applicata applicazione per la pensione di inabilità attesa l'assoluta incompatibilità sancita dall'art. 2, comma 5, della legge n. 222, tra tale pensione stessa e lo svolgimento di un'attività lavorativa.

ASSEGNO MENSILE PER L'ASSISTENZA PERSONALE E CONTINUATIVA AI PENSIONATI DI INABILITÀ

ART. 5 DELLA LEGGE 30 GIUGNO 1984, N. 222

(Circolari INPS 262/1984 e 1 RS/20 del 1985)

Requisiti medico-legali

Hanno titolo all'assegno per l'assistenza personale e continuativa i titolari di pensione di inabilità, ordinaria o privilegiata, che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, hanno necessità di assistenza continua.

Si è quindi in presenza di situazioni nelle quali, annullata la capacità lavorativa dell'individuo, l'infermità è in grado tale da intaccare l'autonomia della persona in rapporto alla vita di relazione (capacità di deambulare) o alla vita fisiologica (pulizia e cura della persona, confezione ed assunzione dei pasti, ecc.).

Analogamente si esprime la dottrina medico-legale quando si afferma che in tali condizioni si realizza una "delega", in genere al gruppo familiare, di cura e vigilanza a soggetti che hanno perso o non hanno mai acquistato la

capacità di espletare autonomamente le funzioni fisiologiche o di comunicazione, per i quali eventuali ricoveri in istituti pubblici porterebbero a costi sociali insostenibili.

L'assegno mensile è riconoscibile, in presenza delle condizioni di legge, anche nel caso in cui il titolare di pensione di inabilità ne faccia richiesta dopo il compimento dell'età pensionabile.

Misura dell'assegno.

L'assegno - che la norma espressamente dichiara non reversibile - è dovuto nella stessa misura dell'analogo assegno previsto nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Requisiti amministrativi - Cause di esclusione e di incompatibilità

L'assegno non spetta per i periodi di ricovero in istituti di cura o di assistenza a carico della pubblica amministrazione ed è incompatibile con l'assegno mensile corrisposto dall'INAIL agli invalidi a titolo di assistenza personale continuativa a norma degli articoli 76 e 218 del T.U. approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni.

Qualora l'avente diritto, all'assegno fruisca di una prestazione analoga erogata da altre forme di previdenza obbligatoria e di assistenza sociale, l'assegno è ridotto in misura corrispondente all'importo della prestazione stessa. Il riferimento cade in primo luogo sulla indennità di accompagnamento disciplinata dall'art. 1 della Legge 21 novembre 1988, n. 508.

PENSIONE DI VECCHIAIA ANTICIPATA

ART. 1, comma 8 del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 503

Si tratta di un istituto introdotto successivamente alla legge di riforma della invalidità pensionabile, per il quale valgono i seguenti requisiti e condizioni:

- l'accertamento dello stato di invalidità in misura non inferiore all'80%;
- il compimento dell'età anagrafica di 55 anni per le donne e di 60 anni per gli uomini, adeguata agli incrementi alla speranza di vita (per gli anni 2019 e 2020, gli incrementi applicati sono pari a 12 mesi);
- la maturazione dell'anzianità contributiva minima di 20 anni nel Fondo pensioni lavoratori dipendenti;
- il decorso di 12 mesi dalla data di maturazione del requisito (anagrafico, contributivo o sanitario) da ultimo perfezionato.

CERTIFICATO INTRODUTTIVO DELLE DOMANDE IN CASO DI PRIMO ACCERTAMENTO DI INVALIDITÀ O DI INABILITÀ E DI CONFERMA DELL'ASSEGNO DI INVALIDITÀ

Le prime domande di concessione di prestazioni medico-legali disciplinate dall' AGO devono essere corredate da un certificato medico introduttivo (SS3) dal quale si desumano le notizie anagrafiche e cliniche essenziali per il prosieguo dell'iter medico-legale in capo alla UO medico legale di competenza.

Analogo certificato deve essere allegato alle domande di conferma dell'assegno ordinario di invalidità, fatta eccezione per le domande di conferma presentate da cittadini residenti all'estero, laddove, in considerazione delle difficoltà incontrate in tali situazioni, con messaggio INPS 12290/1995 si è consentito l'esame di tali istanze anche se non corredate dal modello SS3.

Con circolare n. 131/2011 erano state illustrate le nuove modalità di presentazione telematica in via esclusiva delle domande di benefici assistenziali a decorrere dal 1 ° febbraio 2012.

A completamento della suddetta procedura, nell'ottica di un'analogia omogenea ed efficace gestione informatica delle domande di invalidità previdenziale, è stato predisposto il modello informatizzato del certificato medico introduttivo SS3 attestante le patologie invalidanti.

In particolare, con circolare INPS 91/2012 si è disposto che dal 1 ° luglio 2012 il certificato medico introduttivo, necessario per la presentazione dell'istanza volta al riconoscimento da parte dell'Istituto di una invalidità/inabilità pensionabile, deve essere compilato ed inviato all'INPS dal medico certificatore con modalità telematiche, utilizzando il sito www.inps.it e l'abilitazione tramite PIN. Il modello SS3 on line è disponibile sul sito internet dell'Istituto, con accesso dall'area "Servizi on line" alla voce "Per tipologia utente". È quindi possibile accedere all'area dedicata ai medici certificatori da cui si accede all'applicazione, dopo autenticazione con codice fiscale e PIN. Tramite la procedura telematica è possibile:

- compilare, inviare e stampare il certificato medico e l'attestato di invio dello stesso;
- visualizzare i certificati inviati e quelli parzialmente compilati;
- stampare sia un certificato sia l'attestato di invio di un certificato medico già inviato;
- modificare i propri dati personali.

Completata l'acquisizione del certificato medico, questo va inviato in procedura, acquisendo il relativo protocollo d'invio.

Il medico certificatore deve consegnare all'interessato la stampa del modello unitamente alla ricevuta di trasmissione recante il numero del certificato. Entro 90 giorni dall'emissione del certificato medico, pena la scadenza di validità dello stesso e la conseguente necessità di rinnovarlo, l'assicurato può procedere, sempre con modalità telematiche, alla presentazione della domanda di invalidità/inabilità previdenziale; in tale domanda dovrà essere riportato il numero del certificato medico telematico indicato sulla ricevuta di trasmissione consegnata dal medico certificatore.

Con successivo messaggio INPS 487 /2014, atteso che era stato previsto un periodo transitorio, peraltro prorogato, allo scadere del quale i certificati dovevano essere inoltrati unicamente in modalità telematica, si è reso noto che le procedure di trasmissione delle domande erano state aggiornate per consentire l'invio delle stesse con il certificato medico SS3 rilasciato esclusivamente in via telematica, con le modalità previste con la circolare n. 91 del 2 luglio 2012.

10.4 Certificazioni nell'assistenza protesica

M.S. Occhigrosi, M.M. Fiorentino †

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce agli utenti disabili la fornitura di presidi (protesi ortesi ed ausili tecnologici) nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue ed alla promozione dell'autonomia dell'utente avente diritto⁽¹⁾.

Nell'agosto del 2019 una Determina della Regione Lazio⁽²⁾ ha specificato l'elenco dei destinatari delle prestazioni di assistenza protesica (**a venti diritto**).

- 1) Invalidi civili, di guerra e per servizio; persone non vedenti o ipovedenti gravi⁽³⁾; persone sordi⁽⁴⁾ in relazione alle menomazioni accertate dalle competenti Commissioni Mediche.
- 2) Minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione per una patologia grave e permanente.
- 3) Le persone di cui al numero 1) affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato menomazioni permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento dell'Invalidità, in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal Medico Specialista.
- 4) Le persone per le quali, a seguito della visita della Commissione Medica (ASL/INPS), siano state riconosciute menomazioni che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, in relazione alle medesime menomazioni risultanti dai verbali⁽⁵⁾.
- 5) Le persone in attesa di accertamento che si trovano nelle condizioni previste dall'art.1 legge11/02/1980. n°18 (indennità di accompagnamento).

- 6) Le persone in attesa dell'accertamento dell'Invalidità Civile per i quali il Medico Specialista prescrittore attesti la necessità e l'urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale, in relazione alle menomazioni certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità.
- 7) Le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il Medico Responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza di una protesi/ ortesi o ausilio prima della dimissione, per l'attivazione del progetto riabilitativo-assistenziale. Contestualmente deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.
- 8) Le persone amputate di arto; le donne che necessitano di protesi mammarie esterne; le persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, in relazioni alle suddette menomazioni.
- 9) Le persone laringectomizzate o tracheostomizzate; entero o urostomizzate; portatori di cateteri a permanenza o affetti da incontinenza stabilizzata o da patologia che obbliga all'allettamento.
- 10) Le persone affette da una malattia rara in relazione alle menomazioni correlate alla malattia.⁽⁶⁾.
- 11) Le persone con grave disabilità transitoria, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata, su prescrizione dello specialista, per un periodo massimo di 60 giorni, eventualmente prorogabile, nei casi in cui le medesime regioni o asl abbiano attivato servizi di riutilizzo dei dispositivi di serie.⁽⁷⁾

È opportuno specificare che l'erogazione dei dispositivi protesici per gli invalidi sul lavoro è regolamentata da un'altra norma ed è garantita dall'Istituto nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)⁽⁸⁾

Appare pertanto evidente che il diritto all'assistenza protesica deriva dal verbale di Visita Medica Collegiale dove vengono riportate le patologie riconosciute e a cui il Medico Specialista Dipendente o Convenzionato, competente per la tipologia di disabilità o menomazione trattata, si deve riferire per la prescrizione degli ausili che dovranno costituire parte attiva nel progetto riabilitativo.

La fornitura di protesi, ausili e ortesi a carico del Servizio Sanitario Nazionale deve, obbligatoriamente, prevedere quattro fasi: la prescrizione, l'autorizzazione, la fornitura ed il collaudo.

La prescrizione è la fase più importante: viene effettuata da un Medico Specialista Dipendente o Convenzionato, competente per materia, su modulo standardizzato regionale;

La prescrizione dell'ausilio scaturisce da un preciso esame obiettivo che porta all'identificazione ed alla codificazione degli ausili necessari.⁽⁹⁾

Nella fase acuta della patologia una **corretta indicazione dell'ausilio** costituirà il necessario supporto al recupero funzionale previsto; nella situazione di cronicità la prescrizione dell'ausilio dovrà essere mirata a garantire una migliore qualità di vita in ambito sociale, lavorativo e di studio; deve fornire, inoltre, più elementi possibili che rispecchino l'appropriatezza prescrittiva.

La diagnosi va sempre indicata ed ovviamente deve essere riferita alle patologie riportate sul Verbale; specificando **il significato terapeutico o riabilitativo, i tempi di impiego, le eventuali controindicazioni** all'utilizzo dell'ausilio prescritto e le **modalità di controllo**.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- 1 - DPCM. 12 gennaio 2017; G.U. 18 marzo 2017
- 2 - Determina Regione Lazio 10686 02 agosto 2019
- 3 - Legge 03 aprile 2001 n°138
- 4 - Art 1 comma 2 Legge 12 marzo 1999 n°68
- 5 - Art.1 comma 7 Legge 15 ottobre 1990 n°2950K
- 6 - D.P.C.M. 12 gennaio 2017
- 7 - Elenco 2B Allegato 5 DPCM 12 gennaio 2017
- 8 - DPR 1124/1965
- 9 - Modulo Regionale per la prescrizione (allegato)

CAPITOLO XI

ATTUALITÀ: CERTIFICAZIONI IN TEMA COVID

11.1 Le certificazioni per infortunio da SARS-COV-2

P. Rossi, A. Mele, A. Ossicini

IL CERTIFICATO DI INFORTUNIO LAVORATIVO DA COVID-19

Il comma 2 dell'articolo 42 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, ha disposto che «*nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato. Le prestazioni Inail nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente astensione dal lavoro. I predetti eventi infortunistici gravano sulla gestione assicurativa e non sono computati ai fini della determinazione dell'oscillazione del tasso medio per andamento infortunistico di cui agli articoli 19 e seguenti del Decreto Interministeriale 27 febbraio 2019. La presente disposizione si applica ai datori di lavoro pubblici e privati*

L'infezione da Sars-CoV-2, così come le altre infezioni, viene inquadrata e tutelata dall'Istituto come infortunio sul lavoro in quanto la causa virulenta è equiparata alla causa violenta: «*gli infortuni da agenti biologici (il coronavirus è uno di questi) restano saldamente ancorati alla tutela infortunistica Inail. Le norme, la medicina legale e la giurisprudenza hanno contribuito a consolidare tale inquadramento asseverando, con costanza e sistematicità: la natura infortunistica delle infezioni e – nello specifico – della tutela assicurativo-sociale pubblica; il rapporto tra l'infezione e l'attività lavorativa, sulla base di conoscenze scientifiche, dati statistico-casistici, caratteristiche dell'ambiente lavorativo, mansioni e compiti espletati in concreto, esclusione di altre cause. Tali principi, di estrema complessità applicativa, guidano saldamente anche i riconoscimenti degli infortuni da virus SARSCoV-2*

La circolare Inail 3 aprile 2020, n. 13 ha chiarito che sono tutelati anche gli infortuni derivanti da infezione da Sars-CoV-2 contratta ***in itinere***, ovvero durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro. La predetta circolare ha fornito le prime istruzioni operative in tema di certificazione medica: «*Il certificato medico dovrà essere redatto secondo i criteri di cui all'articolo 53 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, e quindi riportare i dati anagrafici completi del lavoratore, quelli del datore di lavoro, la data dell'evento/contagio, la data di astensione dal lavoro per inabilità temporanea assoluta conseguente al contagio da virus ovvero la data di astensione dal lavoro per quarantena o permanenza domiciliare fiduciaria del lavoratore sempre legata all'accertamento dell'avvenuto contagio e, in particolare per le fattispecie per le quali non opera la presunzione semplice dell'avvenuto contagio in relazione al rischio professionale specifico, le cause e circostanze, la natura della lesione e il rapporto con le cause denunciate.* Si rappresenta l'importanza di acquisire la certificazione dell'avvenuto contagio, in quanto solo al ricorrere di tale elemento, assieme all'altro requisito dell'occasione di lavoro, si perfeziona la fattispecie della malattia-infortunio e, quindi, con il conseguente obbligo dell'invio del certificato di infortunio è possibile operare la tutela Inail. Ai fini della certificazione dell'avvenuto contagio si ritiene valida **qualsiasi documentazione clinico-strumentale in grado di attestare, in base alle conoscenze scientifiche, il contagio stesso.** Resta fermo, inoltre l'obbligo da parte del medico certificatore di trasmettere telematicamente all'Istituto il certificato medico di infortunio. In proposito, **si segnala l'opportunità di valutare in favore dell'infortunato alla luce della situazione emergenziale, sia la redazione della predetta certificazione, sia le modalità di trasmissione, avendo cura principalmente di accertarne la provenienza».**

La successiva Raccomandazione n. 5 della Sovrintendenza sanitaria centrale Inail del 10 aprile 2020, recante *Istruzioni operative in tema di durata del periodo di ITA in infortuni da COVID-19* ha precisato che «**qualsiasi documentazione medica, compresa quella rilasciata ai fini della malattia comune Inps, può essere ritenuta utile ai fini certificativi di infortunio.** Gli eventuali dati mancanti potranno essere integrati nel corso della istruttoria medico-legale».

Nella stessa Raccomandazione è stato chiarito che la **conferma diagnostica ai fini medico-legali indennitari** può derivare, non soltanto dalla positività del tampone, ma anche dalla **«ricorrenza di un quadro clinico e strumentale suggeritivi di COVID-19, in compresenza di elementi anamnestico-circostanziali ed epidemiologici dirimenti».**

La successiva circolare Inail 20 maggio 2020, n. 22 ha puntualizzato che «*la mancata dimostrazione dell'episodio specifico di penetrazione nell'organismo del fattore patogeno non può ritenersi preclusiva della ammissione alla tutela, essendo giustificato ritenere raggiunta la prova dell'avvenuto contagio per motivi professionali quando, anche attraverso presunzioni, si giunga a stabilire che l'evento infettante si è verificato in relazione con l'attività lavorativa*

Da quanto sopra esposto discende che **nei casi in cui, sulla base degli elementi disponibili, è ipotizzabile l'origine lavorativa dell'infezione, il medico certificatore deve procedere alla redazione del certificato di infortunio lavorativo**. Ciò vale, in generale, **per tutti i lavoratori assistiti tutelati dall'Inail che hanno contratto l'infezione in occasione di lavoro e, a maggior ragione, se il contagio riguarda categorie lavorative a elevato rischio**, quali quelle identificate nell'elenco esemplificativo, ma non esaustivo, di cui alla citata circolare Inail n. 13/2020: operatori sanitari, esercenti attività lavorative che comportano il costante contatto con il pubblico/l'utenza ovvero lavoratori che operano in front-office, alla cassa, addetti alle vendite/banconisti, personale non sanitario operante all'interno degli ospedali con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, operatori del trasporto infermi, etc.

Per queste categorie, infatti, l'Istituto ha introdotto la **presunzione semplice** di origine lavorativa, ovvero una **procedura "facilitata" per il riconoscimento dell'infortunio lavorativo**.

Con Raccomandazione n. 8 dell'11 dicembre 2020, recante i *Criteri medico-legali per la definizione della presunzione semplice nelle infezioni da SARS-CoV-2*, la Sovrintendenza sanitaria centrale Inail ha evidenziato che «*sotto il profilo medico-legale, la presunzione semplice, quindi, facilita il riconoscimento per le categorie a elevato rischio, senza però introdurre alcun automatismo*». Il riconoscimento del nesso causale, infatti, richiede da parte dell'Istituto in ogni caso una scrupolosa istruttoria medico-legale, fondata sui criteri indicati nella Raccomandazione: «*Più in particolare, la presunzione semplice non elide la necessità che l'istruttoria medicolegale contempli, caso per caso, le seguenti verifiche:*

- 1. qualificazione del livello di rischio dell'attività lavorativa effettivamente svolta (evidenze tecnico-scientifiche, casistica)**
- 2. corrispondenza tra lo svolgimento in concreto dell'attività lavorativa e la categoria generale richiamata (momento di verifica fondato su: dettaglio di luogo e tempi di lavoro; analisi dei compiti e delle mansioni effettivamente prestati; rilievo anamnestico; informazioni formalmente pervenute dal datore di lavoro; risultanze di eventuali indagini ispettive sull'adozione delle misure di contenimento)**

3. coincidenza tra dato epidemiologico territoriale e picco epidemico/pandemico e contagio (tempi di latenza sintomatologica/incubazione). Analogamente rileva il criterio epidemiologico aziendale, relativo alla presenza di altri lavoratori sul medesimo luogo di lavoro contagiati per esposizione riconducibile all'attività lavorativa (anche in questo caso con valutazione del criterio cronologico e del periodo di latenza)

4. prova contraria.

In merito alla verifica della prova contraria, va adottato il criterio di esclusione di altre possibili cause rispetto a quella lavorativa. Essa richiede, a sua volta, l'analisi di ulteriori elementi, quali:

- lavoro svolto effettivamente in presenza nell'ambiente a rischio di esposizione elevata (come sopra verificato)
- presenza di contagi familiari (con valutazione del criterio cronologico e del periodo di latenza)
- modalità di raggiungimento del luogo di lavoro, che potrebbe non giustificare il contagio professionale [sia per infortunio in occasione di lavoro e tanto più per quello in itinere (durante gli spostamenti da e per il luogo di lavoro, il luogo di abituale consumazione dei pasti, etc.)]».

Ulteriore valido strumento per identificare categorie lavorative a rischio di esposizione è rappresentato dal Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategia di prevenzione (3), nel quale, appunto, sono state identificate **classi di rischio per alcuni dei principali settori lavorativi**.

LA GESTIONE INAIL DEL PERIODO DI QUARANTENA

Il comma 2 dell'articolo 42 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 ha disposto che l'indennità per inabilità temporanea assoluta (ITA) copra anche il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria (ovviamente sempre che il contagio sia riconducibile all'attività lavorativa), con la conseguente astensione dal lavoro.

In linea con la norma, con circolare Inail n. 13 del 3 aprile 2020 e successive FAQ elaborate a cura della Sovrintendenza sanitaria centrale Inail e pubblicate sul sito istituzionale dell'Inail il 10 aprile 2020, è stato precisato che nei casi accertati di infezione da nuovo coronavirus (Sars-CoV-2) in occasione di lavoro, il termine iniziale della tutela Inail decorre dal primo giorno di astensione dal lavoro attestato da certificazione medica per avvenuto contagio, ovvero dal primo giorno di astensione dal lavoro coincidente con l'inizio della

quarantena, sempre per contagio da nuovo coronavirus (contagio che può essere accertato anche successivamente all'inizio della quarantena), computando da tali date i giorni di franchigia ai fini del calcolo della prestazione economica per inabilità temporanea assoluta al lavoro.

Dunque, se nel periodo di quarantena o di isolamento fiduciario, il lavoratore risulta effettivamente contagiato e tale contagio è avvenuto in occasione di lavoro, il periodo di tempo che va dall'inizio dell'astensione lavorativa alla conferma diagnostica dell'avvenuto contagio deve essere considerato come inabilità temporanea assoluta (ITA) ed essere oggetto di tutela Inail.

COVID-19: DEFINIZIONE, CERTIFICAZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

Il 26 aprile 2021 è stato pubblicato l'aggiornamento del Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) n. 49/2020, il n. 10/2021, redatto in collaborazione con Istat e Inail (4), con il quale sono stati indicati criteri standardizzati validi ai fini della definizione, certificazione e classificazione dei decessi per COVID-19.

Gli obiettivi del documento sono quelli di:

- «a. fornire la definizione di un decesso dovuto a COVID-19;*
- b. richiamare le regole fondamentali per la corretta certificazione ISTAT delle cause di morte in un decesso per COVID-19;*
- c. fornire alcune indicazioni sulla classificazione (codifica) di un decesso per COVID-19;*
- d. definire i decessi ai fini dell'indennità INAIL».*

Per definire un **decesso da COVID-19**, devono essere presenti tutti i seguenti criteri, riportati nella sezione 2 del lavoro:

*«1. Decesso occorso in un paziente definibile come caso confermato di COVID-19.
[...]*

2. Presenza di un quadro clinico suggestivo di COVID-19.

La definizione di quadro clinico compatibile è di pertinenza del medico che certifica le cause di morte (curante o necroscopo). Come indicato nella Circolare 705 dell'8 gennaio 2021 del Ministero della salute la definizione caso di COVID-19 risponde ai seguenti criteri clinici: tosse, febbre, dispnea, esordio acuto di anosmia, ageusia o disgeusia. Altri sintomi meno specifici possono includere cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea. Si segnala tuttavia che, particolarmente nei molto anziani, il quadro clinico può essere caratteriz-

zato da sintomi atipici, quali delirium, cadute, apatia, sonnolenza, confusione/disorientamento, modifica stato funzionale.

3. *Assenza di una chiara causa di morte diversa dal COVID-19 o comunque non riconducibile all'infezione da SARS-CoV-2 (es. trauma). Ai fini della valutazione di questo criterio, non sono da considerarsi tra le cause di morte diverse da COVID-19 le patologie pre-esistenti che possono aver favorito o predisposto ad un decorso negativo dell'infezione. Una patologia pre-esistente è definita come qualsiasi patologia che abbia preceduto l'infezione da SARS-CoV-2 che abbia contribuito al decesso pur non facendo parte della sequenza di cause che hanno portato al decesso stesso. Per esempio, sono patologie pre-esistenti il cancro, le patologie cardiovascolari, renali ed epatiche, la demenza, le patologie psichiatriche e il diabete.*

4. *Assenza di periodo di recupero clinico completo tra la malattia e il decesso. Per periodo di recupero clinico completo deve intendersi la documentata completa remissione del quadro clinico e strumentale dell'infezione da SARS-CoV-2».*

Nel documento viene, inoltre, al paragrafo 4, sono riportate le definizioni di caso confermato, probabile o possibile:

«*Per la definizione di caso occorre fare riferimento alla Circolare 705 del Ministero della Salute dell'8 gennaio 2021. La definizione è basata sulla presenza di criteri clinici, radiologici, di laboratorio ed epidemiologici:*

Criteri clinici

Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi: tosse, febbre, dispnea, esordio acuto di anosmia, ageusia o disgeusia Altri sintomi meno specifici possono includere cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea.

Criteri radiologici

Quadro radiologico compatibile con COVID-19.

Criteri di laboratorio

*Rilevamento di acido nucleico di SARS-CoV-2 in un campione clinico,
OPPURE*

Rilevamento dell'antigene SARS-CoV-2.

Criteri epidemiologici

Almeno uno dei due seguenti link epidemiologici:

- contatto stretto con un caso confermato COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla con-*

ferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso;

- *essere residente/operatoro, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, in contesti sanitari (ospedalieri e territoriali) e socioassistenziali/sociosanitari quali RSA, lungodegenze, comunità chiuse o semichiuse (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in cui vi sia trasmissione di SARS-CoV-2».*

Ai fini della **certificazione di decesso per COVID-19**, si può, dunque, «classificare un decesso come dovuto ad infezione COVID-19 **probabile** o **possibile**, sulla base dei seguenti criteri:

Decesso per COVID-19 probabile

- Decesso occorso in un paziente definibile come caso probabile di COVID-19.
- Devono essere inoltre rispettati tutti i punti da 2 a 4 descritti nella sezione 2.

Decesso per COVID-19 possibile

- Decesso occorso in un paziente definibile come caso possibile di COVID-19.
- Devono essere inoltre rispettati tutti i punti da 2 a 4 descritti nella sezione 2».

Sono fornite, poi, precise indicazioni per una corretta **compilazione del modello Istat**, riportando anche una serie di esemplificazioni molto utili per identificare la sequenza causale in modo appropriato.

Ai **fini indennitari INAIL**, il decesso dell'assicurato è ammesso a tutela quando:

- ricorrono tutti e 4 i criteri di cui al punto 2.
- ricorrono i criteri 1, 3 e 4 di cui al punto 2.
- ricorrono i criteri 2, 3 e 4 di cui al punto 2.

Andranno considerati anche gli "altri stati morbosi rilevanti" riportati nella scheda Istat (Parte II del modello Istat). Infatti, a differenza della finalità di interesse per la sanità pubblica, ai **fini medico-legali**, andranno considerate le "patologie pre-esistenti che hanno favorito o predisposto ad un decorso negativo dell'infezione" o che **hanno "contribuito al decesso pur non facendo parte della sequenza di cause che hanno portato al decesso stesso"** (sequenza di cui alla Parte I del modello Istat). Ciò **in tutti i casi in cui le preesistenze hanno svolto un ruolo concausale**.

Ai fini indennitari **assume rilievo**, inoltre, la **morte da infezione da SARS-CoV-2** quando quest'ultima, pur non contratta in occasione di lavoro, **aggravava una condizione preesistente già tutelata** come esiti di infortunio e/o di malattia professionale (per esempio pneumopatia professionale).

Per garantire tempestività nella tutela dei soggetti deceduti per cause o concause riconducibili all'infezione da SARS-CoV-2, «appare medico-legalmente giustificato procedere alla regolarizzazione del caso mortale, qualora tutti gli elementi assunti in corso di istruttoria medico-legale confortino per natura del contagio, asseverazione diagnostica (comprendiva dei reperti autoptici e istopatologici) e qualificazione della categoria di rischio lavorativo, facendo riferimento ai criteri di cui ai paragrafi 2 e 7. Per questi fini, la certificazione di decesso potrà anche non essere accompagnata dal parere dell'Istituto Superiore di Sanità, disposto dal Ministero della Salute con circolari n. 0005889 del 25 febbraio 2020 e n. 0007922 del 9 marzo 2020».

Con nota della Sovrintendenza sanitaria centrale e della Direzione centrale rapporto assicurativo Inail del 25 giugno 2020 sono state, inoltre, fornite indicazioni in ordine all'**istruttoria per valutazione medico-legale su esiti mortali da COVID-19**.

Detta istruttoria si fonda evidentemente sulla completa e corretta compilazione della documentazione sanitaria relativa all'assistenza prestata in vita al soggetto, nonché della scheda Istat relativa alle cause di morte.

È bene, quindi, richiamare l'attenzione del medico non soltanto sulla compilazione e sulla tenuta della documentazione sanitaria inherente l'assistito, ma anche sulla corretta compilazione della scheda Istat, dato che su questi atti si potranno fondare il riconoscimento e la tempestività della tutela Inail in caso di decessi occorsi a causa di infezioni da Sars-CoV-2, contratte in occasione di lavoro.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- 1 - ROSSI P, *Le infezioni come infortunio sul lavoro: ricostruzione storica del percorso normativo e dottrinario della tutela assicurativa*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2019; 2-3: 343.
- 2 - *Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategia di prevenzione*, Inail, aprile 2020.
- 3 - Gruppo di lavoro Iss, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale Inail, Istat, *COVID 19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte*, Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020, 8 giugno 2020.

11.2 Lavoratori fragili ed idoneità

A. Messineo, S. Fazioli

Il termine “lavoratori fragili” entra nel lessico della medicina del lavoro dopo il documento della Task-force n. C003/20 rev. 01 del 11/05/2020 che riprende quanto previsto dal DPCM 8 marzo 2020 *“espressa raccomandazione a tutte le persone affette da patologie croniche o con multimorbilità ovvero con stati di immunodepressione congenita o acquisita, di evitare di uscire dalla propria abitazione o dimora fuori dai casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi affollati nei quali non sia possibile mantenere la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro”.*

L'art. 26 DL 18/2020 prorogato dal DL n.34 del 19 maggio 2020 trattava dei lavoratori fragili stabilendo che *“Fino al 31 luglio 2020 il periodo di assenza dal servizio è equiparato al ricovero ospedaliero”*.

I dati epidemiologici di fatto rilevavano una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione, nonché in presenza di co-morbilità, che potevano caratterizzare una maggiore rischiosità. Veniva quindi fornito di seguito un elenco, non esaustivo, a titolo esemplificativo, delle principali patologie:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (incluse asma GRAVE, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica e broncopatia cronico ostruttiva- BPCO)
- malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese cardiopatia ipertensiva e cardiopatie congenite e acquisite
- diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusa obesità con BMI > 30)
- insufficienza renale/surrenale cronica

- malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
- malattie oncologiche
- malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi
- immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV
- malattie infiammatorie croniche
- sindromi da malassorbimento intestinale
- patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (es. malattie neuromuscolari)
- epatopatie croniche
- patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici

Per tali patologie, come recentemente meglio declinate nelle “*raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS COV-2*” del Ministero della Salute 10 marzo 2021 (Tab. 1 e Tab. 2 allegate), il MMG ed i servizi vaccinali possono inserire tali pazienti a percorso vaccinale prioritario (Categoria 1: elevata fragilità). **Il Medico Competente, adito dallo stesso lavoratore , puo' redigere in corso di sorveglianza sanitaria certificazioni di idoneità/prescrizioni/inidoneità sulla base delle lavorazioni** e del contesto clinico esistente ed evidenziato, tenendo presente per primo lo smart working come attività di elezione.

La recente Decretazione ha novellato la possibilità di accedere, da parte del lavoratore , alla Sorveglianza Medica Eccezionale, intervento che puo' essere realizzato da INAIL o altri Enti Pubblici, qualora il Datore di Lavoro non abbia il Medico Competente.

A seguito dell’approvazione di ulteriori modifiche all’art. 26 del decreto Cura Italia (art.1 co 481 della legge di bilancio 2021) relativamente alla definizione di lavoratori fragili si definiscono oggi due categorie:

- **lavoratore fragile in quanto rientra nelle categorie art. 26 decreto “Cura Italia” così come sopra ulteriormente modificato (rischio in relazione a COVID-19 derivante da immunodepressione, esiti oncologici o disabilità in condizioni di gravità ex l.104 art.3 comma 3)** per il quale è prevista possibilità di un periodo di assenza dal servizio equiparato al ricovero ospedaliero prescritto dalle competenti autorità sanitarie nonché dal medico di assistenza primaria che ha in carico il paziente.
- **lavoratore “fragile” in quanto non rientra nelle categorie di cui sopra ma soffre di patologie che possono incidere sulla prognosi in caso di infezioni**

ne per cui vanno previste soluzioni maggiormente cautelative. Si ribadisce la possibilità, nel caso ricorrono i presupposti, di rivolgersi al curante per la giustificazione dell'assenza sino al 28/02, con l'indicazione nel certificato telematico dei corretti codici per il riconoscimento dell'equiparazione dell'assenza al ricovero ospedaliero.

Dal punto della certificazione idoneativa al lavoro, un lavoratore che abbia connotazioni di "fragilità" non rientranti in quelle previste dalla Legge 104/92 art.3 comma 3, e che non sia in malattia, potra' quindi essere valutato (sia nei controlli periodici che a richiesta e in ambito di sorveglianza eccezionale) . Il medesimo seguirà le prescrizioni impartite secondo le procedure più utili per l'ottimizzazione della prevenzione (ad es idoneità con prescrizioni) Prima di tutto dovrà essere valorizzata ovunque possibile, l'attività di smart working , poi si potrà valutare l'ambiente di lavoro, eventuale accessi temporali limitati al luogo di lavoro, distanziamento e scrupoloso uso di mezzi di protezione personale come guanti e/o maschere FFP2, etc.

Tabella 1 - Persone estremamente vulnerabili, intese come persone affette da condizioni che per danno d'organo preesistente, o che in ragione di una compromissione della risposta immunitaria a SARS-CoV-2 hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID-19

Area di patologia	Definizione
Malattie respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> - Fibrosi polmonare idiopatica; - Altre malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	<ul style="list-style-type: none"> - Scompenso cardiaco in classe avanzata (III-IV NYHA); - Pazienti post shock cardiogeno.
Malattie neurologiche	<ul style="list-style-type: none"> - Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive* - Miastenia gravis; - Patologie neurologiche disimmuni.
Diabete/altre endocrinopatie severe (quali morbo di Addison)	<ul style="list-style-type: none"> - Soggetti con diabete di tipo 1 - Soggetti con diabete di tipo 2 che necessitano di almeno 2 farmaci per il diabete o che hanno sviluppato complicanze. - Soggetti con morbo di Addison - Soggetti con panipopituitarismo
Fibrosi cistica	Pazienti da considerare per definizione ad alta fragilità per le implicazioni respiratorie tipiche della patologia di base.
Insufficienza renale/ patologia renale	Pazienti sottoposti a trattamento dialitico cronico.

Area di patologia	Definizione
Malattie autoimmuni – immunodeficienze primitive	- Pazienti con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza* - Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico*
Malattia epatica	Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica.
Malattie cerebrovascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale che abbia compromesso l'autonomia neurologica e cognitiva del paziente affetto; - Persone che hanno subito uno "stroke" nel 2020 e per gli anni precedenti con ranking maggiore o uguale a 3.
Patologia oncologica	- Pazienti con patologia tumorale maligna in fase avanzata non in remissione - Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure*.
Emoglobinopatie	Pazienti affetti da talassemia, anemia a cellule falciformi.
Sindrome di Down	Tutti i pazienti con sindrome di Down in ragione della loro parziale competenza immunologica e della assai frequente presenza di cardiopatie congenite sono da ritenersi fragili.
Trapianto di organo solido e di cellule staminali emopoietiche	- pazienti in lista d'attesa o trapiantati di organo solido*; - pazienti in attesa o sottoposti a trapianto (sia autologo che allogenico) di cellule staminali emopoietiche (CSE) dopo i 3 mesi e fino ad un anno, quando viene generalmente sospesa la terapia immunosoppressiva*; - pazienti trapiantati di CSE anche dopo il primo anno, nel caso che abbiano sviluppato una malattia del trapianto contro l'ospite cronica, in terapia immunosoppressiva*;
Grave obesità	Pazienti con BMI maggiore di 35.
HIV	Pazienti con diagnosi di AIDS o <200 CD4.

* Vaccinare anche i conviventi

Nel caso di minori che rientrano nella definizione di estremamente vulnerabili e che non possono essere vaccinati per mancanza di vaccini indicati per la loro fascia di età, vaccinare i relativi genitori/tutori/affidatari.

Tabella 2 - Disabilità gravi

Condizione	Definizione
Disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica)	Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art.3 comma 3**

** vaccinare familiari conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto.

11.3 La tutela sanitaria degli atleti ai tempi del covid-19

R. Franceschetti, I. Pulcini

Il ministero della Salute ha provveduto a pubblicare raccomandazioni con circolare “0001269-13/01/2021-DGPRE-MDS-P della DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA Ufficio 8-Promozione della Salute e prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative” aventi il seguente oggetto: “Idoneità all’attività sportiva agonistica in atleti non professionisti Covid-19 positivi guariti e in atleti con sintomi suggestivi per Covid-19 in assenza di diagnosi da SARS-Cov-2”.

Gli atleti vengono suddivisi ai fini del primo rilascio o alla ripresa dell’attività sportiva nei seguenti gruppi:

- A. Atleti Covid-19 + (positivi) accertati e con guarigione accertata secondo la normativa vi-gente, ed atleti che, pur non avendo ricevuto una diagnosi certa di infezione da Sars-COV-2 mediante test molecolare, abbiano tuttavia sviluppato, a giudizio del medico valutatore, una sintomatologia suggestiva di Sars-COC-2 (e cioè, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea $> 37,5^{\circ}\text{C}$, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) in un periodo compatibile con la circolazione del virus. Pertanto a giudizio del medico visitatore, gli atleti saranno suddivisi, secondo la classificazione (Tabella 1) dei National Institutes of Health (NIH) riportata anche nella Circolare del Ministero della Salute del 30/11/2020 recante “Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da Sars-COV-2 in:
A.1 Atleti che hanno presentato “Infezione asintomatica o presintomatica” o “Malattia lieve” e che comunque non siano ricorsi a ricovero ospedaliero”.

daliero e/o terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche a causa di infezione da Sars-COV-2 ;

A.2 Atleti che hanno presentato “Malattia moderata ” o che comunque siano ricorsi a ricovero ospedaliero e/o terapie antibiotiche, cortisoniche, o epariniche a causa di infezione da Sars-COV-2 ;

A.3 Atleti che hanno presentato “Malattia severa” o “Malattia critica”

Tabella 1. stadi clinici della malattia COVID-19

in base alla classificazione NIH

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica o presintomatica	Diagnosi di SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
Malattia lieve	Presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie) ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
Malattia moderata	Spo2 > 94% e evidenza clinica o radiologica di polmonite
Malattia severa	SpO2 < 94%, PaO2/FiO2 < 300, frequenza respiratoria > 30 atti/min (nell'adulto), o infiltrati polmonari > 50%
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano

B. Atleti Covid-19- (negativi) e atleti asintomatici (non testati) nel periodo della pandemia

Ognuno di questi gruppi dovrà effettuare oltre alla valutazione di base, diversi accertamenti funzionali, strumentali e di laboratorio (per i dettagli vedere la circolare). Tutti gli accertamenti integrativi vanno eseguiti trascorsi 30 giorni dall'avvenuta guarigione accertata secondo la normativa vigente, lo stesso per gli atleti che non hanno ricevuto una diagnosi certa con test molecolare dopo la scomparsa dei sintomi.

Sarà comunque facoltà del medico valutatore richiedere ulteriori accertamenti su motivato sospetto clinico .

Acquisita l'idoneità o l'attestazione di "Ritorno all'attività, l'atleta potrà riprendere gradualmente gli allenamenti e/o l'attività, sotto l'attento controllo del Responsabile sanitario della società sportiva.

Una volta ultimato l'iter degli esami, il medico valutatore, rilascerà:

1. Il "Certificato di idoneità alla pratica dello sport agonistico" in caso di primo rilascio/rinnovo periodico della visita medica.
2. L'attestazione di "Ritorno all'attività (Return to Play)" come da "Allegato C" (da conservare in copia nella scheda valutativa dell'atleta, unitamente alle risultanze della visita medica e degli accertamenti eseguiti), in caso di sopravvenuta infezione da Sars-CoV-2 con certificazione in corso di validità.

Nel gruppo B gli atleti dovranno effettuare gli accertamenti sanitari previsti dalla normativa ai fini dell'eventuale riconoscimento dell'idoneità, nonché ulteriori esami specialistici o strumentali richiesti dal medico valutatore su motivato sospetto clinico.

Si ritiene infine che per gli atleti che non siano risultati positivi e per quelli "asintomatici non testati per Covid-19" si debba procedere a visita di idoneità nel rispetto della scadenza naturale della precedente certificazione.

Tutti gli atleti al termine della visita dovranno sottoscrivere il documento denominato "Allegato A" (da conservare in copia nella scheda valutativa dell'atleta) .

Qualora l'infezione da Sars-CoV-2 sopravvenga in corso di validità della certificazione di idoneità alla pratica dello sport agonistico, oppure qualora l'atleta manifesti una sintomatologia suggestiva di Sars-CoV-2 (a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura > di 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia,ageusia) successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica, l'atleta è tenuto ad informare,oltre che il proprio Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta, il Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e,ad avvenuta guarigione,a trasmettere al Medico di Medicina dello Sport o alla Struttura di Medicina dello Sport certificatori dell'idoneità in corso il modulo denominato "Allegato B" (da conservare in copia nella scheda valutativa dell'atleta), affinchè possa essere valutata l'opportunità di procedere al rilascio dell'attestazione di "Ritorno all'attività".

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE

Il /La sottoscritto/a

Nato/a

Il

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott.,
Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a
distanza di tempo, conseguenti all'infezione da sars-CoV-2 .

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, si impegna a comunicare, oltre al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea $> 37,5^{\circ}\text{C}$, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia-disturbi dell'olfatto, ageusia-disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna .

.....
Data e luogo

.....
L'interessato

In caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale

.....
I genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale
(in caso di atleta minore)

.....
Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE

Il /La sottoscritto/a

Nato/a

Il

Dichiarato/a Idoneo/a alla pratica sportiva agonistica per lo sport

In data dal Dott.

Dichiara

- di aver riscontrato positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) in data
- di aver accusato sintomatologia riferibile al Covid-19 (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia-disturbi dell'olfatto, ageusia-disturbi del gusto) comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica.

.....
Data e luogo

.....
L'interessato

In caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale

.....
I genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale
(in caso di atleta minore)

ALLEGATO C

ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Medico Specialista in Medicina dello Sport

Attesta

che l'Atleta

Nato/a a

Il

Dichiarato dal sottoscritto idoneo alla pratica sportiva agonistica per lo sport

.....
.....

In data

A seguito della visita medica da me effettuata in data e degli accertamenti presi in visione può riprendere la pratica dello sport agonistico.

.....
Data e luogo

.....
Il Medico (Firma e Timbro)

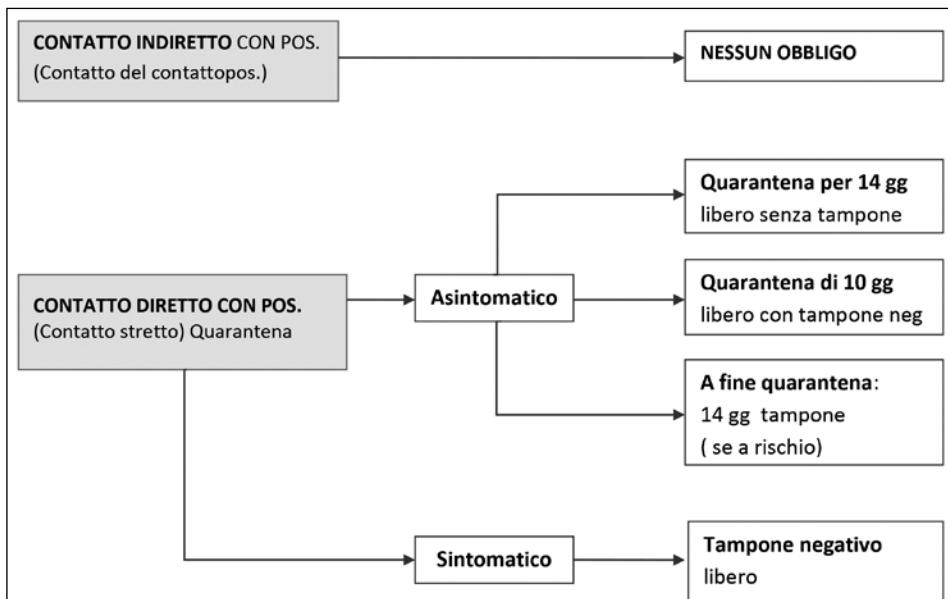
11.4 Schemi Sintetici e Certificazioni Covid; ultime raccomandazioni ministeriali sulle certificazioni per il rientro al lavoro e certificazioni verdi Covid

Estratti dal volume "Covid-19 - Buone prassi per il Medico di Medicina Generale" a cura del CTS ASSIMEFAC

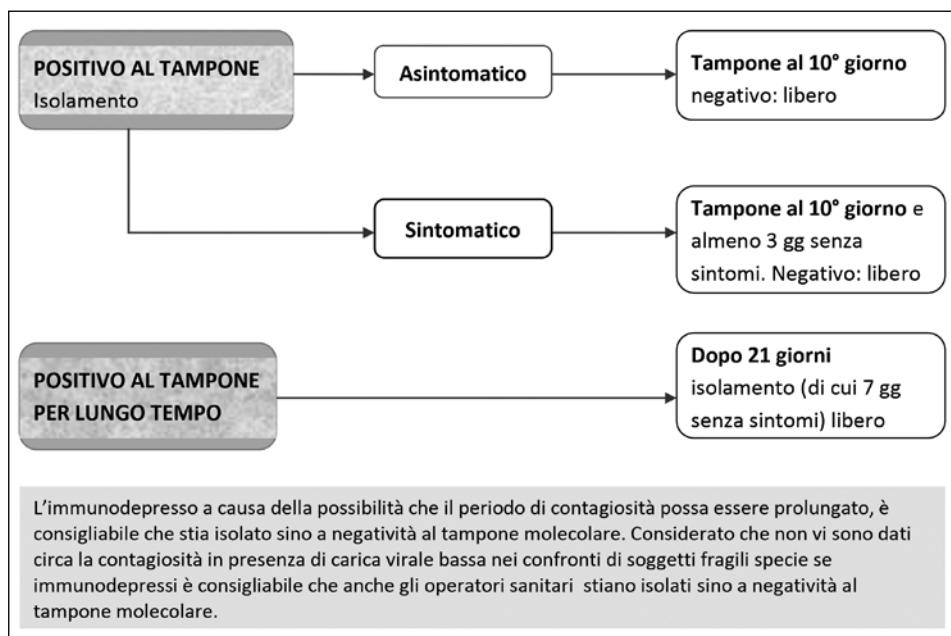
Circolare Ministero della Salute Direzione generale della Prevenzione PROT. 0015127-12/04/2021-DGPRE-MDS-P DEL 12.4.2021

GU Serie generale n.96 del 22.4.2021 Decreto legge N° 52 art.9

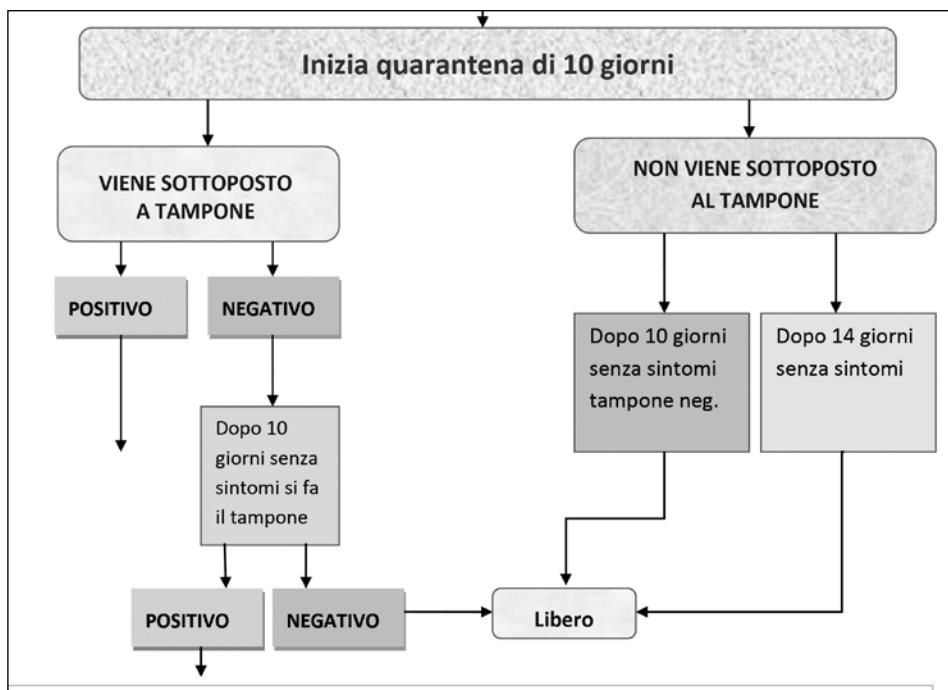
CONTATTI CON PAZIENTI POSITIVI



PAZIENTI POSITIVI AL TAMPONE (CASO)



CONTATTO STRETTO CON PAZIENTE POSITIVO



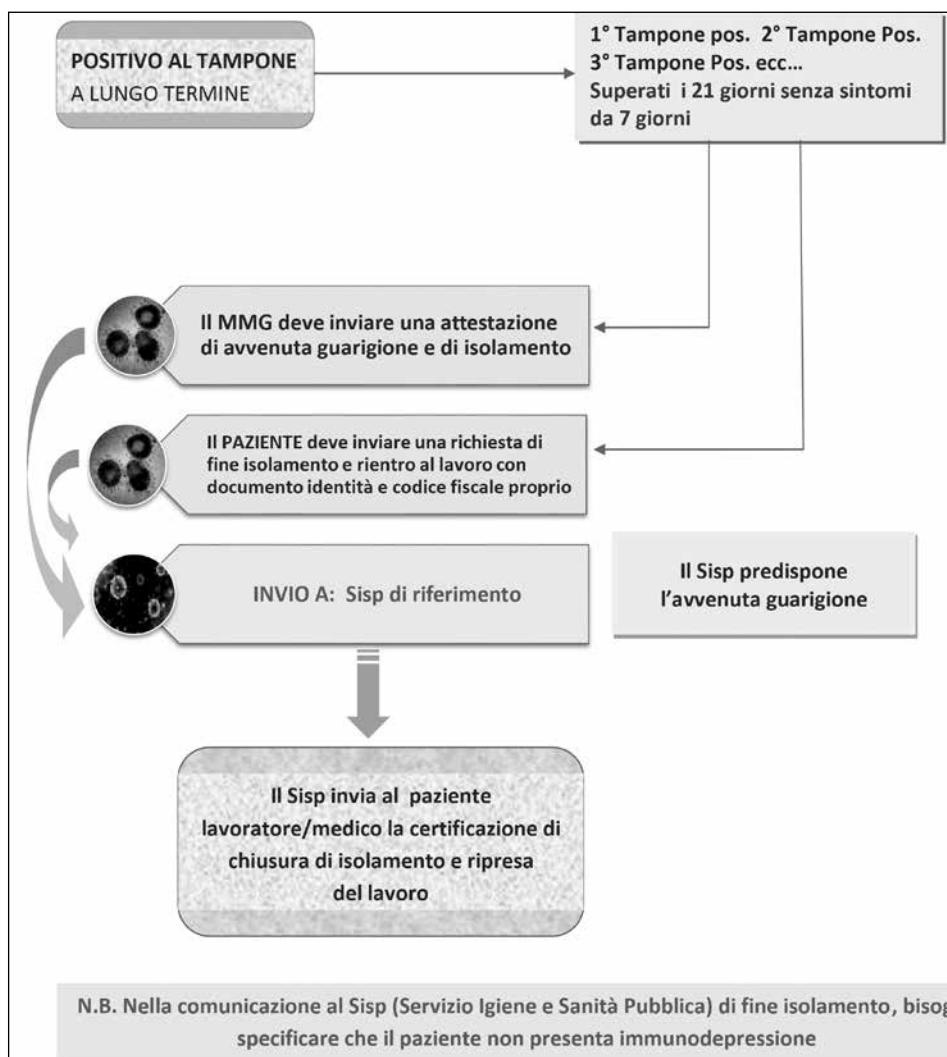
Chi è il contatto stretto

- Chi convive con un positivo
- Chi è venuto a contatto con un positivo a meno di 2 metri o senza mascherina per piu' di 15 minuti
- Chi ha avuto contatto diretto fisico con un positivo (es. stretta di mano)
- Chi tra il personale sanitario non utilizza adeguate misure di protezione individuali
- Chi è rimasto a lungo in ambienti chiusi con un positivo senza utilizzare la mascherina

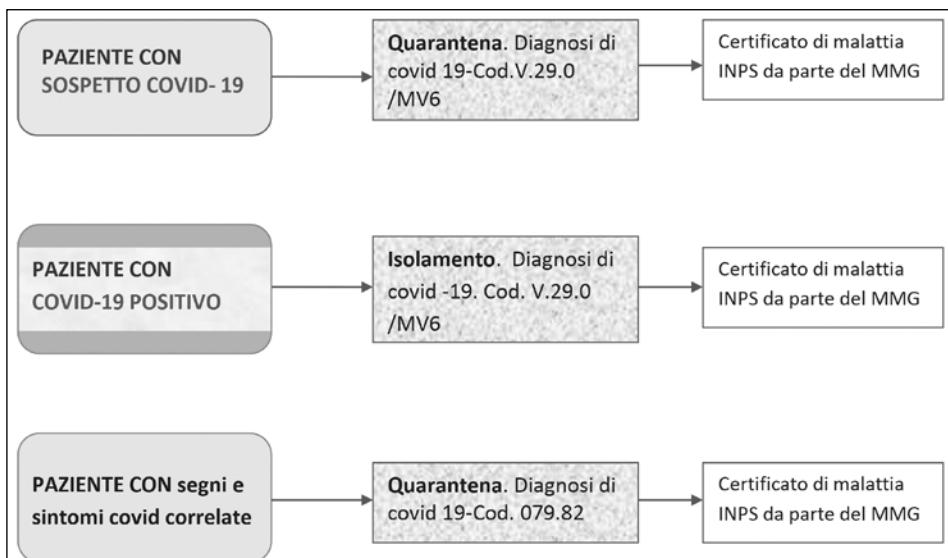


PAZIENTI POSITIVI A LUNGO TERMINE

RIENTRO AL LAVORO E FINE ISOLAMENTO DA INFEZIONE DA SARS-COV-2



CERTIFICAZIONE DI MALATTIA PER COVID-19



Lavoratori pubblico impiego. Il codice V.29.0 va utilizzato ed indica gli stati di quarantena o isolamento volontario o obbligatorio, con l'ulteriore specificazione che la durata dell'isolamento fiduciario o volontario in caso di contatto diretto può essere "inferiore al periodo canonico di quarantena prescritto da ISS e Ministero della Salute"; il certificato medico indicherà il periodo di isolamento/quarantena disposto e sarà quindi giustificativo per l'assenza del lavoratore (peraltro senza conteggiare tale malattia nel comporto).

Il codice 480.3 categorizza le polmoniti da COVID-19.

Il codice 079.82 segnala le malattie (segni + sintomi) COVID-19 correlate.

Il codice V15.9 individua le condizioni "di rischio" e il lavoratore fruirà di tutela equiparata al ricovero ospedaliero; questa ipotesi però non "sospende" il periodo di comporto del lavoratore.

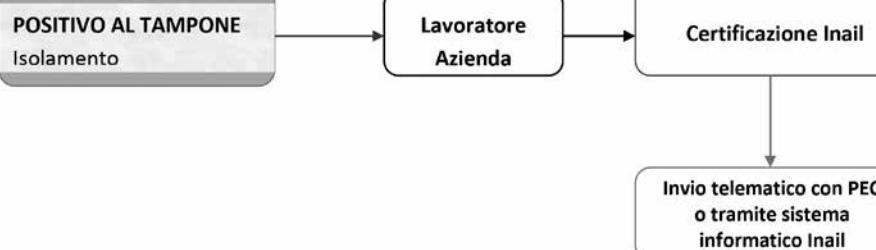
Il codice V07 va utilizzato ed indica gli stati di quarantena e isolamento volontario o obbligatorio, con la specificazione che la durata dell'isolamento fiduciario o volontario in caso di contatto stretto puo' essere inferiore al periodo canonico e sarà giustificativo per l'assenza dal lavoro (senza conteggiare la malattia nel comporto).

Lavoratori dipendenti del settore privato. I nuovi codici riferiti ai lavoratori dipendenti del settore privato sono: MV6 Quarantena; MV8 Malattia accertata da COVID19.

NB. NEL CERTIFICATO DI MALATTIA NON SERVE METTERE IL CODICE MA SOLO LA DIAGNOSI.

Ricoveri. Le strutture sanitarie ospedaliere sono obbligate alla trasmissione telematica della certificazione di ricovero e di malattia. Tuttavia, qualora le stesse siano ancora impossibilitate alla trasmissione telematica, il lavoratore deve farsi rilasciare il certificato cartaceo e trasmetterlo all'INPS. Deve, inoltre, provvedere a inviare una copia priva di diagnosi al proprio datore di lavoro.

CERTIFICAZIONE DI INFORTUNIO PER COVID-19



La denuncia dell'**infortunio** deve essere fatta entro due giorni da quello in cui il datore **di** lavoro ne ha avuto notizia e deve essere corredata da **certificato** medico.

"Il medico certificatore deve predisporre e trasmettere telematicamente la prescritta certificazione medica (prevista dall'articolo 53, commi 8, 9 e 10, del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124) all'Inail, che prende in carico e assicura la relativa tutela all'infortunato, ai sensi delle vigenti disposizioni, al pari di qualsiasi altro infortunio. "Solo dalla conoscenza positiva, da parte del datore di lavoro, dell'avvenuto contagio decorrono i termini per la trasmissione telematica della denuncia all'Istituto".

RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI FINE ISOLAMENTO PER POSITIVI A LUNGO TERMINE

Il certificato viene prodotto dagli Uffici igiene (Sisp) della città di residenza. La richiesta può essere fatta dal proprio medico di Medicina Generale o del paziente stesso per se o i propri familiari.

Si consiglia che le persone positive ad un tampone antigenico o molecolare vengono messe in isolamento per 21 giorni dalla data di esecuzione del tampone. Viene programmato un tampone molecolare al 10° ed eventualmente al 15° giorno; nel caso una dei due tamponi risulti negativo, l'isolamento si interrompe. Se i due tamponi risultano positivi, al 21 giorno l'isolamento finisce senza fare altri tamponi.

Le uniche condizioni sono che i pazienti:

- non siano immunodepressi
- non presentino sintomi da almeno 7 giorni

** in alcune regioni sono gli stessi MMG che sono stati investiti anche di questo onere certificatorio proprio degli uffici di sanità Pubblica.*

Timbro del medico

AI Sisp - Servizio di Igiene
e Sanità Pubblica
di riferimento

Richiesta di fine isolamento e guarigione

Si certifica che il paziente _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

È stato assente per malattia da covid-19

dal _____ al _____

Alla data odierna **non presenta** sintomatologia specifica da giorni _____ e non ha patologie che comportano depressione immunologica.

Ha eseguito i seguenti tamponi

1° tampone _____ data _____ con risultato _____

2° tampone _____ data _____ con risultato _____

3° tampone _____ data _____ con risultato _____

Sono passati dal primo tampone positivo **21 giorni** per cui si richiede una certificazione di fine isolamento e guarigione per rientro al lavoro.

Li _____

Firma e timbro

RICHIESTA DI FINE ISOLAMENTO E RIENTRO A SCUOLA

Richiesta di fine
isolamento e rientro
a scuola

Al Preside
dell'Istituto di

Si attesta che _____ nato/a a _____
residente in _____ Via _____ il _____,

non presenta al momento segni clinici e/o sintomi riferibili a malattie infettive e contagiose e nel
periodo di assenza non ha presentato e non sono riferiti sintomi sospetti per Covid-19.

Pertanto il soggetto non presenta clinicamente e anamnesticamente condizioni che controindicano la
frequenza in comunità.

Lì _____

Firma

* *in alcune regioni tali certificazioni competono agli uffici scolastici di sanità
preposti*

RICHIESTA DI FINE ISOLAMENTO E RIENTRO AL LAVORO

Richiesta di fine
isolamento e rientro al
lavoro da parte del
paziente

Sanità Pubblica
di riferimento
e-mail Sisp ri riferimento

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente in via _____ assistito dal Medico di Famiglia

dott. _____ con studio medico sito a _____

in Via _____ telefono _____

Chiede

che gli venga rilasciato la certificazione di fine isolamento e guarigione da covid-19 per il rientro al lavoro.

A tal fine allega

documento di identità e Codice Fiscale.

Lì _____

Firma

**CIRCOLARE MINISTERO DELLA SALUTE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
PROT. 0015127-12/04/2021-DGPRE-MDS-P DEL 12.4.2021**

Oggetto: Indicazioni per la riammissione in servizio dei lavoratori dopo assenza per malattia Covid-19 correlata

Il presente documento intende offrire indicazioni procedurali circa la riammissione in servizio dopo assenza per malattia COVID-19 correlata e la certificazione che il lavoratore deve produrre al datore di lavoro. Alla luce della normativa vigente a livello nazionale e del *"Protocollo condizionato di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro"* siglato in data 6 aprile 2021, le fattispecie che potrebbero configurarsi sono quelle di seguito indicate.

A) Lavoratori positivi con sintomi gravi e ricovero

In merito al reintegro progressivo di lavoratori dopo l'infezione da COVID-19, coloro che si sono ammalati e che hanno manifestato una polmonite o un'infezione respiratoria acuta grave, potrebbero presentare una ridotta capacità polmonare a seguito della malattia (anche fino al 20-30% della funzione polmonare) con possibile necessità di sottoporsi a cicli di fisioterapia respiratoria. Situazione ancora più complessa è quella dei soggetti che sono stati ricoverati in terapia intensiva, in quanto possono continuare ad accusare disturbi rilevanti, la cui presenza necessita di particolare attenzione ai fini del reinserimento lavorativo. Pertanto il medico competente, ove nominato, per quei lavoratori che sono stati affetti da COVID-19 per i quali è stato necessario un ricovero ospedaliero, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione secondo le modalità previste dalla normativa vigente, effettua la visita medica prevista dall'art.41, c. 2 lett. e-ter del D.lgs. 81/08 e s.m.i (quella precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi), al fine di verificare l'idoneità alla mansione - anche per valutare profili specifici di rischiosità - **indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia**.

B) Lavoratori positivi sintomatici

I lavoratori risultati **positivi** alla ricerca di SARS-CoV-2 e che presentano sin-

tomi di malattia (diversi da quelli previsti al punto A) possono rientrare in servizio dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test).

C) Lavoratori positivi asintomatici

I lavoratori risultati **positivi** alla ricerca di SARS-CoV-2 ma **asintomatici** per tutto il periodo possono rientrare al lavoro dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (10 giorni + test).

Pertanto, **il lavoratore di cui alle lettere B) e C)**, ai fini del reintegro, invia, anche in modalità telematica, al datore di lavoro per il tramite del medico competente ove nominato, la **certificazione di avvenuta negativizzazione**, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

I lavoratori positivi la cui guarigione sia stata certificata da tampone negativo, qualora abbiano contemporaneamente nel proprio nucleo familiare conveniente casi ancora positivi non devono essere considerati alla stregua di contatti stretti con obbligo di quarantena ma possono essere riammessi in servizio con la modalità sopra richiamate.

D) Lavoratori positivi a lungo termine

Secondo le più recenti evidenze scientifiche i soggetti che continuano a risultare positivi al test molecolare per SARS-CoV-2 e che non presentano sintomi da almeno una settimana (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione), possono interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi (cfr. Circolare Ministero della salute 12 ottobre 2020).

Tuttavia, in applicazione del principio di massima precauzione, ai fini della riammissione in servizio dei lavoratori si applica quanto disposto dal richiamato Protocollo condiviso del 6 aprile 2021.

Pertanto, ai fini del reintegro, i lavoratori positivi oltre il ventunesimo giorno saranno riammessi al lavoro solo dopo la negativizzazione del tampone molecolare o antigenico effettuato in struttura accreditata o autorizzata dal servizio sanitario; il lavoratore avrà cura di inviare tale referto, anche in modalità telematica, al datore di lavoro, per il tramite del medico competente, ove nominato.

Il periodo eventualmente intercorrente tra il rilascio dell'attestazione di fine isolamento ai sensi della Circolare del 12 ottobre e la negativizzazione, **nel caso in cui il lavoratore non possa essere adibito a modalità di lavoro agile**, dovrà essere coperto da un certificato di prolungamento della malattia rilasciato dal medico curante.

Nella fattispecie prevista dal presente paragrafo non si ravvisa la necessità da parte del medico competente, salvo specifica richiesta del lavoratore, di effettuare la visita medica precedente alla ripresa del lavoro per verificare l'idoneità alla mansione" (art. 41, comma 2, lett. e-ter) del D.lgs. 81/08.

E) Lavoratore contatto stretto asintomatico

Il lavoratore che sia un contatto stretto di un caso positivo, informa il proprio medico curante che rilascia certificazione medica di malattia salvo che il lavoratore stesso non possa essere collocato in regime di lavoro agile (cfr. messaggio Inps n. 3653 del 9 ottobre 2020).

Per la riammissione in servizio, il lavoratore dopo aver effettuato una quarantena di 10 giorni dall'ultimo contatto con il caso positivo, si sottopone all'esecuzione del tampone e il referto di negatività del **tampone molecolare o antigenico** è trasmesso dal Dipartimento di Sanità Pubblica o dal laboratorio dove il test è stato effettuato al lavoratore che ne informa il datore di lavoro per il tramite del medico competente, ove nominato. La presente Circolare è passibile di ulteriori aggiornamenti che terranno conto dell'evolversi del quadro epidemiologico, delle conoscenze scientifiche e del quadro normativo nazionale.

GU SERIE GENERALE N.96 DEL 22.4.2021 DECRETO LEGGE N° 52 ART.9

NOTA

Il decreto legge qui riportato, all'articolo 9 disciplina le cosiddette : "CERTIFICAZIONI VERDI COVID".

Nel momento in cui andiamo in stampa, il governo ha prorogato la validità delle certificazioni verdi Covid , di cui all'art.9 comma 3, fino a 9 mesi (qui previsto invece fino a 6 mesi) dalla data del completamento del ciclo vaccinale (Art. 14 c.1 decreto legge 18 maggio 2021 n.65).

Inoltre tale Certificato (sempre ai sensi del Decreto 65 del 18 maggio, Art.14 comma 2) è: ... *"rilasciato anche contestualmente alla somministrazione della prima dose di vaccino ed ha validità dal quindicesimo gg successivo alla somministrazione fino alla data prevista per il completamento del ciclo vaccinale"*

ARICOLO 9

Le disposizioni di cui al presente articolo sono immediatamente in vigore.

Il Parlamento europeo sta predisponendo gli atti per il reciproco riconoscimento intereuropeo dei Certificati verdi Covid rilasciati dai singoli stati (tutti dovranno contenere un Qcode all' interno del format di rilascio) ai fini della abilitazione della piattaforma nazionale (DGC) dove troveranno collocazione internazionale tale certificazioni.

1. Ai fini del presente articolo valgono le seguenti definizioni:

- a) certificazioni verdi COVID-19: le certificazioni comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione contro il SARS-CoV-2 o guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2, ovvero l'effettuazione di un test molecolare o antigenico rapido con risultato negativo al virus SARS-CoV-2;
- b) vaccinazione: le vaccinazioni anti-SARS-CoV-2 effettuate nell'ambito del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2;
- c) test molecolare: test molecolare di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT), quali le tecniche di reazione a catena della polimerasi-trascrittasi inversa (RT-PCR), amplificazione isotermica mediata da loop (LAMP) e amplificazione mediata da trascrizione (TMA), utilizzato per rilevare la presenza dell'acido ribonucleico (RNA) del SARS-CoV-2, riconosciuto dall'autorità sanitaria ed effettuato da operatori sanitari;

- d) test antigenico rapido: test basato sull'individuazione di proteine virali (antigeni) mediante immunodosaggio a flusso laterale, riconosciuto dall'autorità sanitaria ed effettuato da operatori sanitari;
 - e) Piattaforma nazionale digital green certificate (Piattaforma nazionale-DGC) per l'emissione e validazione delle certificazioni verdi COVID-19: sistema informativo nazionale per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificazioni COVID-19 interoperabili a livello nazionale ed europeo.
2. Le certificazioni verdi COVID-19 sono rilasciate al fine di attestare una delle seguenti condizioni:
- a) avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;
 - b) avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;
 - c) effettuazione di test antigenico rapido o molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2.
3. La certificazione verde COVID-19 di cui al comma 2, lettera a), ha una validità di sei mesi a far data dal completamento del ciclo vaccinale ed è rilasciata, su richiesta dell'interessato, in formato cartaceo o digitale, dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria che effettua la vaccinazione e contestualmente alla stessa, al termine del prescritto ciclo, e reca indicazione del numero di dosi somministrate rispetto al numero di dosi previste per l'interessato. Contestualmente al rilascio, la predetta struttura sanitaria, ovvero il predetto esercente la professione sanitaria, anche per il tramite dei sistemi informativi regionali, provvede a rendere disponibile detta certificazione nel fascicolo sanitario elettronico dell'interessato.
4. La certificazione verde COVID-19 di cui al comma 2, lettera b), ha una validità di sei mesi a far data dall'avvenuta guarigione di cui al comma 2, lettera b), ed è rilasciata, su richiesta dell'interessato, in formato cartaceo o digitale, dalla struttura presso la quale è avvenuto il ricovero del paziente affetto da COVID-19, ovvero, per i pazienti non ricoverati, dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, ed è resa disponibile nel fascicolo sanitario elettronico dell'interessato. La certificazione di cui al presente comma cessa di avere validità qualora, nel periodo di vigenza semestrale, l'interessato venga identificato come caso accertato positivo al SARS-CoV-2. Le certificazioni di guarigione rilasciate precedentemente alla data di entrata in vigore del presente decreto sono valide per sei mesi a

- decorrere dalla data indicata nella certificazione, salvo che il soggetto venga nuovamente identificato come caso accertato positivo al SARS-CoV-2.
5. La certificazione verde COVID-19 di cui al comma 2, lettera c), ha una validità di quarantotto ore dall'esecuzione del test ed è prodotta, su richiesta dell'interessato, in formato cartaceo o digitale, dalle strutture sanitarie pubbliche da quelle private autorizzate o accreditate e dalle farmacie che svolgono i test di cui al comma 1, lettere c) e d), ovvero dai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta.
 6. Le certificazioni verdi COVID-19 rilasciate ai sensi del comma 2 riportano esclusivamente i dati indicati nell'allegato 1 e possono essere rese disponibili all'interessato anche con le modalità di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 243 del 16 ottobre 2013.
 7. Coloro che abbiano già completato il ciclo di vaccinazione alla data di entrata in vigore del presente decreto, possono richiedere la certificazione verde COVID-19 alla struttura che ha erogato il trattamento sanitario ovvero alla Regione o alla Provincia autonoma in cui ha sede la struttura stessa.
 8. Le certificazioni verdi COVID-19 rilasciate in conformità al diritto vigente negli Stati membri dell'Unione europea sono riconosciute, come equivalenti a quelle disciplinate dal presente articolo e valide ai fini del presente decreto se conformi ai criteri definiti con circolare del Ministero della salute. Le certificazioni rilasciate in uno Stato terzo a seguito di una vaccinazione riconosciuta nell'Unione europea e validate da uno Stato membro dell'Unione, sono riconosciute come equivalenti a quelle disciplinate dal presente articolo e valide ai fini del presente decreto se conformi ai criteri definiti con circolare del Ministero della salute.
 9. Le disposizioni di cui al presente articolo sono applicabili in ambito nazionale fino alla data di entrata in vigore degli atti delegati per l'attuazione delle disposizioni di cui al regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificazioni interoperabili relativi alla vaccinazione, ai test e alla guarigione per agevolare la libera circolazione all'interno dell'Unione Europea durante la pandemia di COVID-19 che abiliteranno l'attivazione della Piattaforma nazionale - DGC.
 10. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato di concerto con i Ministri della salute, per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale e dell'economia e delle finanze, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono individuate le specifiche tecniche per assicurare

- l'interoperabilità delle certificazioni verdi COVID-19 e la Piattaforma nazionale -DGC, nonché tra questa e le analoghe piattaforme istituite negli altri Stati membri dell'Unione europea, tramite il Gateway europeo. Con il medesimo decreto sono indicati i dati che possono essere riportati nelle certificazioni verdi COVID-19, le modalità di aggiornamento delle certificazioni, le caratteristiche e le modalità di funzionamento della Piattaforma nazionale -DCG, la struttura dell'identificativo univoco delle certificazioni verdi COVID-19 e del codice a barre interoperabile che consente di verificare l'autenticità, la validità e l'integrità delle stesse, l'indicazione dei soggetti deputati al controllo delle certificazioni, i tempi di conservazione dei dati raccolti ai fini dell'emissione delle certificazioni, e le misure per assicurare la protezione dei dati personali contenuti nelle certificazioni. Nelle more dell'adozione del predetto decreto, le certificazioni verdi COVID-19 rilasciate a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto dalle strutture sanitarie pubbliche e private, dalle farmacie, dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ai sensi dei commi 3, 4 e 5, assicurano la completezza degli elementi indicati nell'allegato 1.
11. Dal presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e le amministrazioni interessate provvedono alla relativa attuazione nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Finito di stampare nel mese di maggio 2021
DigitaliaLab s.r.l. - Roma
www.digitalialab.it

