



DIABETE MELLITO, NORMATIVE E TUTELA DEL DIRITTO ALLA CURA

a cura della

Commissione Affari Sociali AMD

Antimo Aiello, Amodio Botta, Agata Chiavetta,

Concetta Suraci

Premessa

Il Consiglio Direttivo Nazionale AMD ha inteso costituire la “Commissione Affari Sociali” affidandole il compito di seguire il confronto, gli aggiornamenti e le novità normative che riguardano gli aspetti sociali della cura della Persona con Diabete in collaborazione con “Diabete Italia”.

I punti principali di interesse che la Commissione ha inteso approfondire nel corso dei suoi lavori sono stati i rapporti tra il diabete e il lavoro, l’invalidità civile, il rilascio della patente di guida, la tutela del paziente con piede diabetico, la fornitura dei presidi diagnostici e dei microinfusori, l’applicazione dei LEA, la cura del diabete a scuola e la certificazione di idoneità all’attività sportiva agonistica per persone con diabete.

In ogni capitolo vengono riportate ed esaminate le normative in atto; per ogni argomento vengono analizzate le criticità e prospettate le proposte e le raccomandazioni per migliorare ed aggiornare le normative in vigore.

Importante è stato il contributo di Diabete Italia che oltre a fornire dati e documenti riguardanti le varie problematiche, ha evidenziato attraverso il coinvolgimento delle Associazioni le criticità che si riscontrano nell’applicazione delle Normative.

Il diabete non deve essere inteso sempre e comunque come una disabilità. I recenti progressi nel campo della diagnosi e della terapia, infatti, permettono sempre di più alla Persona con diabete di realizzare nella sua vita le sue potenzialità nello svolgimento del proprio lavoro.

In Italia si evidenzia un continuo crescere di richieste di riconoscimento di invalidità civile e di riconoscimento dell’applicazione della Legge 104 art. 3 da parte dei soggetti con diabete. Richieste, che a nostro avviso non sempre derivano dall’oggettivo stato di cronicità, né da una limitazione fisica o da una esplicita previsione della Legge. Ad esempio i genitori di bambini con diabete non chiedono una certificazione di invalidità ma un riconoscimento del carico assistenziale richiesto per la cura quotidiana del diabete con possibilità di permessi e assenze dal lavoro necessari per accedere alla scuola e somministrare l’insulina.

Nel contempo abbiamo verificato una eccessiva discrezionalità delle Commissioni preposte e la mancanza di linee univoche di indirizzo, di valutazione e di applicabilità più conformi alla condizione reale del soggetto.

Lo stato di cronicità della malattia diabetica in buon compenso metabolico non compromette le capacità di inserimento sociale e lo stato lavorativo del soggetto.

Questa pubblicazione è il risultato di un lavoro che la Commissione ha prodotto negli ultimi due anni con l’intento di raccogliere le normative che interessano la Persona con Diabete in ambito sociale e lo stato di applicazione in Italia: riteniamo che sia un punto di partenza che preveda aggiornamenti periodici almeno biennali. Mettere a disposizione di Diabetologi e Pazienti le informazioni e le normative inserite in questa pubblicazione è solo il punto di partenza. Infatti nei lavori della Commissione si sono evidenziate criticità che obbligano la nostra Associazione ad elaborare ed avanzare con la collaborazione dei vari Enti e delle Istituzioni competenti la revisione di alcune normative, l’introduzione di protocolli operativi e di linee di indirizzo ed eventualmente nuove leggi. Questo lavoro deve essere rivisitato con la collaborazione di tutti i Soci e dei Pazienti che devono far pervenire all’attenzione della Commissione le diversificate situazioni locali ma anche lavorare per definire proposte operative per superare burocrazia e ritardi assistenziali.

Speriamo che questo volume possa essere utile ai Colleghi per orientarsi al meglio in un ambito importante che interessa la vita delle Persone con Diabete.

*Antimo Aiello, Amodio Botta, Agata Chiavetta, Concetta Suraci
Componenti Commissione Affari Sociali AMD*

INDICE

Introduzione

Capitolo 1 *Diabete e lavoro*

Capitolo 2 *Normativa per il rilascio della patente di guida alle Persone con diabete*

Capitolo 3 *La tutela del lavoratore con piede diabetico*

Capitolo 4 *Fornitura presidi diagnostici e microinfusori ed applicazione dei LEA*

Capitolo 5 *Cura del diabete a scuola*

Capitolo 6 *La certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica per persone con diabete*

Appendice

Leggi e disposizioni attuative nazionali in tema di diabete mellito

Tabella menomazioni INAIL

Valutazione a fini di invalidità civile e handicap del minore affetto da diabete mellito tipo 1: linee guida INPS

MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 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 salvavita. (13A06313) (GU n.169 del 20-7-2013)

Raccomandazioni per la corretta prescrizione e collaudo delle ortesi

Allegati 8 / 8 bis - Tabella pacchetto prestazioni per il Diabete mellito ed elenco malattie invalidanti Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 pubblicato in data 18/03/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza ...".

Bibliografia

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia per la collaborazione:

Diabete Italia

ANIAD – Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici

Dr.ssa C. Bettini – Specialista in Medicina del Lavoro

INTRODUZIONE

La malattia diabetica, nelle sue due forme epidemiologicamente prevalenti, tipo 1 e tipo 2, è una condizione patologica che coinvolge la persona che ne è affetta sia dal punto di vista fisico, sia psicologico, sia, infine, sociale. La malattia diabetica è progressiva, gravata da complicanze d'organo e di apparati correlati alla fisiopatologia, che riconosce numerose cause di danno, tra cui l'iperglicemia è il segno distintivo prevalente. Questa inesorabile storia naturale, tuttavia, è stata modificata profondamente dalla possibilità di applicare alla persona diabetica una notevole mole di terapie, in buona parte farmacologiche, ma anche "assistenziali", intendendo con tale termine, una serie di attività che vanno dall'educazione terapeutica al sostegno psicologico e sociale. La moderna diabetologia clinica, infatti, al di là della conoscenza e del buon uso dei presidi terapeutici farmacologici oggi disponibili, grazie ad una ricchissima ricerca di base, riconosce tra i suoi principi fondanti l'approccio comunicativo rivolto alla persona affetta da diabete e ai suoi familiari, e persegue costantemente l'inclusione sociale del diabetico, nella scuola, nel lavoro, nella comunità, riconoscendo a tale obiettivo una misura "terapeutica" idonea alla prevenzione delle complicanze o quanto meno a minimizzarne i danni.

In quest'ottica, e nel più ampio concetto di Cura delle Cronicità (Chronic Care Model), che è il modello esposto nel Piano Nazionale per la Malattia Diabetica dal Ministero della Salute, una parte rilevante spetta alla comunità, intesa come Società Organizzata, che può e deve utilizzare gli idonei strumenti per consentire alla persona affetta da diabete di ottenere le giuste condizioni di ausilio nei momenti e nelle condizioni che lo richiedono. Riteniamo che l'attuale status legislativo in questa materia, relativamente al diabete, sia oggi parzialmente incongrua, e che esista la necessità di una revisione, sia per quanto riguarda la concessione di riconoscimento di gradi di invalidità, sia per ciò che invece concerne i benefici della Legge 104. Siamo convinti che la malattia diabetica, di per sé, non costituisca motivo di riconoscimento di invalidità, ma siamo altrettanto consapevoli che, a fronte di una condizione invalidante provocata dal diabete, questa debba essere riconosciuta in modo aggiuntivo.

In Italia la prevalenza di diabete dichiarato è del 6.34% della popolazione (Uomini 6.6%, Donne 5.9%, Migranti 1.9%). Al diabete si associa spesso sovrappeso e obesità che di per sé è associata ad una ridotta partecipazione alla vita lavorativa, aumento di assenteismo, disabilità e maggiore ricorso alle strutture sanitarie, minore remunerazione economica e possibili ricadute negative sulla produttività. Il lavoratore obeso si trova in una condizione caratterizzata da ridotta tolleranza allo sforzo, ridotta escursione articolare a livello del rachide e delle principali articolazioni, ridotta forza muscolare normalizzata al peso corporeo, ridotta tolleranza a mantenere posizioni fisse prolungate, ridotta capacità di equilibrio, difficoltà respiratorie che condizionano nel complesso una riduzione della capacità lavorativa proporzionale all'incremento di massa corporea.

Capitolo 1

Diabete e lavoro

“La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l’accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici e particolari requisiti attitudinali”.

Legge del 26 marzo 1987, n. 71-art. 8

Premessa

Il Manifesto dei Diritti e Doveri della Persona con Diabete riconosce come primo punto “Il diritto delle persone con diabete a vivere una vita sociale, educativa, lavorativa al pari delle persone senza diabete deve essere considerato un obiettivo delle azioni di Governo.... Occorre pertanto: Affermare che avere il diabete non preclude la possibilità di perseguire (con successo) gli obiettivi personali, familiari, lavorativi, sportivi e sociali” (Diabete Italia, versione 2019).

La condizione della persona diabetica si è decisamente modificata, negli ultimi decenni, sulla base di due fattori: a) il progresso in campo medico, che consente terapie e stili di vita in grado di consentire una elevata qualità della vita alla persona diabetica; b) il mutamento dell’atteggiamento culturale e dello stereotipo che, nel passato, favoriva atteggiamenti discriminatori ed emarginanti per le persone affette da diabete, soprattutto nel campo del lavoro. Ciò conduceva, per un verso, alla semplificazione del problema mediante il frequente ricorso alla richiesta di riconoscimento di uno stato di invalidità, da parte della persona stessa o dei suoi familiari e, per altro verso, a vere e proprie forme di discriminazione, soprattutto in fase di assunzione, da parte di datori di lavoro pubblici e privati, che, sulla base del medesimo pregiudizio, consideravano il lavoratore diabetico non idoneo allo svolgimento di numerose mansioni.

Da una parte, i progressi della medicina, consentendo una buona qualità della vita ed una educazione all’autocontrollo, hanno obiettivamente favorito le condizioni per un sempre maggiore integrazione della persona diabetica nel mondo del lavoro. Per altro verso, il progresso di una cultura che valorizza i principi costituzionali della persona e, tra essi il diritto al lavoro, indipendentemente da ogni condizione personale dell’individuo, così come proclama la Costituzione repubblicana, hanno favorito il superamento del tradizionale pregiudizio e, conseguentemente, almeno ridotto gli ostacoli all’inserimento del mondo del lavoro.

Un importante segnale, non soltanto simbolico, del rinnovato atteggiamento culturale, è contenuto nella Legge del 26 marzo 1987, n. 71, che, all’art. 8, riconosce concretezza al principio costituzionale, nell’affermare, a chiare lettere, che “La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l’accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali”.

Il principio affermato dalla Legge, consente, ancora oggi, due considerazioni: la prima consiste nel fondamentale principio secondo il quale la perdita o la riduzione della capacità lavorativa non discende affatto dalla malattia (ed il principio non riguarda solo la malattia diabetica) bensì dalla impossibilità di svolgere correttamente le mansioni cui il lavoratore dovrà essere adibito, ed infatti solo le “condizioni invalidanti”, riferite alle concrete mansioni da svolgere, potrebbero giustificare

una eventuale dichiarazione di invalidità lavorativa, peraltro relativa soltanto alle mansioni che il lavoratore è tenuto a svolgere. La seconda osservazione riguarda il fatto che tale principio era ed è già pienamente contenuto nell'ordinamento, senza che occorresse ribadirlo con una norma. Norma che, quindi, si è resa necessaria proprio per il persistere di una prassi contraria e di una diffusa discriminazione nei confronti dei lavoratori diabetici. L'evoluzione cui si è fatto cenno, tuttavia, ha favorito significativi progressi ma non ha affatto superato il problema, se è vero che, ancor oggi una significativa quota di datori di lavoro non hanno alcuna difficoltà a dichiarare che mai assumerebbero nella loro azienda un lavoratore diabetico. La ormai completa liberalizzazione del mercato del lavoro, peraltro, esasperando la competitività, produce nuove e più sottili forme di discriminazione nei confronti dei soggetti appartenenti a categorie che, pur in possesso dell'idoneità lavorativa, potrebbero comportare per il datore di lavoro, anche piccoli problemi organizzativi o rischi di processi che potrebbero, nel futuro, modificare la capacità lavorativa del dipendente.

Inoltre, quando si parla di persone diabetiche, non si fa riferimento solo al diabetico privo di complicazioni, ma anche a tutti coloro che sono portatori di più o meno gravi complicanze che limitano la loro capacità lavorativa soltanto a determinate mansioni (differenziate a seconda del tipo di complicanza) ma che, obiettivamente, collocano queste persone in una situazione di svantaggio. Affermare la piena idoneità lavorativa, sportiva, scolastica, delle persone affette da diabete privo di complicanze, in definitiva, rappresenta un fondamentale punto di partenza, ma non ci esime dal riflettere sulla effettività del principio ed immaginare interventi idonei a garantire una effettiva uguaglianza tra tutte le persone che aspirano ad inserirsi nel mondo del lavoro, indipendentemente dalle condizioni psico-fisiche. Rimane, tuttavia, l'esigenza di riconsiderare come ed in che misura, le persone affette con diabete con complicanze, possano rientrare tra i destinatari delle opportunità che la Legge offre a tutti i soggetti con ridotta capacità lavorativa tra i quali, ovviamente le persone diabetiche con complicanze invalidanti.

Sorveglianza sanitaria

(Art.2, comma 1 lettera m e art.41 D. lgs 81/08i «Testo Unico Sulla Salute e Sicurezza Sul Lavoro») È l'insieme degli atti medici finalizzati alla tutela della salute e alla sicurezza (nella sua componente sanitaria) dei lavoratori in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa ed alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Occorre istituire una Sorveglianza Sanitaria attiva per il diabete in tutte quelle categorie lavorative che:

- possono essere ad elevato rischio infortunistico;
- possono avere ripercussioni sulla idoneità nel momento in cui venissero sviluppate complicanze;
- possono presentare maggiore difficoltà di controllo della patologia e/o risultare a maggiore rischio di sviluppare diabete per via della organizzazione del lavoro.

In queste categorie risulta giustificato inserire nel protocollo sanitario il controllo glicemico

Essa prevede diversi tipi di visite mediche con obiettivi differenti:

- a) visita medica preventiva
- b) visita medica preventiva in fase pre-assuntiva
- c) visita medica periodica
- d) visita medica su richiesta del lavoratore
- e) visita medica in occasione del cambio della mansione
- f) visita medica precedente alla ripresa del lavoro dopo assenza continuativa per sessanta giorni
- g) visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa

Lo svolgimento della sorveglianza sanitaria da parte del Medico Competente sui lavoratori esposti ai rischi occupazionali consiste nella esecuzione di visite mediche, accertamenti di laboratorio chimico-clinico, strumentali, tossicologici e visite specialistiche per la esplorazione degli organi

specificamente esposti ad essi. Questi accertamenti sanitari consentono al Medico Competente di verificare lo stato di salute del lavoratore per definire il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Medico Competente

Le funzioni di Medico Competente (i cui titoli e requisiti sono indicati all'art. 38 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.) possono essere svolte dal medico che possiede uno dei seguenti titoli: a) specializzazione in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica; b) docenza in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica o in Tossicologia Industriale o in Igiene Industriale o in Fisiologia ed Igiene del Lavoro o in Clinica del Lavoro; c) autorizzazione di cui all'art. 55 del D. Lgs. 277/91; d) specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale; e) specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale che abbia frequentato il Master abilitante alle funzioni di Medico Competente proposto dal MIUR; f) con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei Carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico del settore del lavoro per almeno quattro anni.

Il Medico competente svolge un ruolo preventivo e protettivo adottate dal DL in base al principio di sussidiarietà (visite mediche ex art. 41 D. Lgs 81/08)

- VISITA MEDICA PREVENTIVA intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica
- VISITA MEDICA PERIODICA per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica

il Medico Competente, addetto allo svolgimento della sorveglianza sanitaria sui lavoratori esposti ai rischi occupazionali, deve nel lavoratore diabetico da un lato valutare la presenza di agenti di rischio che possono modulare la malattia e le sue complicanze e dall'altro analizzare con l'aiuto del diabetologo lo stato di evoluzione del diabete, la terapia praticata, il grado di compenso, e la presenza di complicanze per verificare la compatibilità tra mansione e stato di salute e definire il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Diabete e giudizio di idoneità al lavoro

Il giudizio di idoneità a mansioni può prevedere varie eventualità:

- IDONEO
- IDONEO CON LIMITAZIONI (temporanee o permanenti)
- IDONEO CON PRESCRIZIONI (temporanee o permanenti)
- TEMPORANEAMENTE NON IDONEO
- NON IDONEO

Non esiste la possibilità di standardizzare il giudizio di idoneità, esso dipende da:

- quadro clinico (compenso, complicanze, patologie concomitanti);
- caratteristiche individuali del Paziente (affidabilità nella gestione della terapia; capacità di riconoscere e gestire le crisi ipoglicemiche, etc.);
- caratteristiche culturali del contesto di lavoro (capacità di comprendere e applicare le limitazioni da parte del DL e dei superiori, rigore nel rispetto delle indicazioni, etc.);
- N° di fattori di rischio potenzialmente critici contemporaneamente presenti.

Natura e ricorrenza dei controlli devono essere personalizzati in base al quadro clinico del singolo Lavoratore, in rapporto alla mansione specifica che egli svolge. Ciò significa che in nessun caso la semplice presenza della patologia, priva di complicanze, può comportare, di per sé, il riconoscimento di una minorazione che comporti una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 45%. Ciò che può ridurre la capacità lavorativa, pertanto, non è la sua malattia, bensì le complicanze invalidanti.

Motivi potenzialmente ostativi al rilascio della idoneità incondizionata (principali e più frequenti):

- patologia in scompenso in soggetto che svolge mansioni che lo possono favorire;
- rischio ipoglicemico associato ad elevato rischio infortunistico e/o dispendio energetico;
- danno d'organo/complicanze che riducano la capacità lavorativa (intaccando la validità o la capacità) in caso di mansioni complesse (elevato rischio infortunistico), che richiedano integrità psico-fisica del soggetto per essere svolte in sicurezza.

Giudizio di idoneità alla mansione specifica

Bisogna tener conto nell'esprimere un giudizio di idoneità alla mansione specifica della validità intesa come efficienza psico-somatica allo svolgimento di qualsiasi attività, della capacità intesa come l'insieme di attitudini specifiche e particolare preparazione e dell'abilità legata a speciali, particolari disposizioni attitudinali del soggetto.

L'idoneità deve essere necessariamente specifica, ovvero rapportata ad una ben definita collocazione lavorativa caratterizzata da una molteplicità di operazioni che costituiscono la mansione. La dizione "idoneità alla mansione specifica", che deve essere definita dal Medico Competente, come riportato nell'Allegato 3A del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., connota il fatto che la specificità è un attributo essenzialmente del lavoro organizzato e non del soggetto.

Comunque un giudizio di idoneità globale alla mansione specifica, comprensivo di capacità e abilità, richiede oltre le competenze sanitarie del Medico Competente anche quelle specialistiche proprie delle scienze tecniche e psico-sociali, che debbono contribuire a valutare gli aspetti formativi, culturali e attitudinali del lavoratore. L'idoneità con prescrizione indica una idoneità piena alla mansione, purché vengano osservate le prescrizioni riportate nel certificato di idoneità. Le prescrizioni riguardano essenzialmente l'impiego di dispositivi di protezione individuali particolari (Soleo e coll. 2004; Gerin e coll., 1997; Regolamento ENAC, 2014).

Gli aspetti clinici e le complicanze da considerare nella sorveglianza sanitaria del lavoratore diabetico in attività critiche sono:

- Obesità (BMI > 30)
- Retinopatia
- Nefropatia e ipertensione
- Neuropatia sensitivo-motoria
- Piede diabetico
- Complicanze cardiovascolari
- Episodi di ipoglicemia

Il datore di lavoro, nell'affidare i compiti ai lavoratori, deve tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza (art. 18 d. lgs. 81/08).

Secondo l'American Diabetes Association (Position Paper, 2011): «Un soggetto affetto da diabete, trattato o non con Insulina, dovrebbe essere in grado di svolgere qualsiasi impiego per il quale sia qualificato». Il documento, tuttavia, ammette che la presenza di possibili complicazioni impongono un serio approfondimento sia delle condizioni di salute del Lavoratore che dei compiti

lavorativi a lui affidati. Non vi è dubbio che l'ipoglicemia da Insulina (e da Sulfaniluree) può essere una complicazione assai rilevante in determinate mansioni e va tenuta in seria considerazione.

Le tipologie di lavoro a maggior rischio in caso di ipoglicemia sono:

- LAVORO SOLITARIO (isolato dal resto dei colleghi e/o itinerante in zone dove risultano a bassa prevedibilità il soccorso pubblico ed il controllo sociale);
- LAVORO CON RILEVANTI RISCHI PER TERZI (ad es., Trasporto pubblico; Guida di mezzi pesanti; Trasporto di merci pericolose; Manovre con Gru, Paranchi o Carroponti; Operazioni di soccorso; Operazioni di controllo infrastrutture, dighe, etc.);
- LAVORO A TURNI (specie in orario notturno).

Secondo la Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII) e Diabete Italia (Documento di Consenso,2014): "...vi sono condizioni lavorative che impongono maggiore attenzione e una valutazione integrata da parte del Medico competente e del Diabetologo del Lavoratore":

- lavoro a turni (specie in orario notturno)
- lavoro ad elevato rischio infortunistico e di caduta dall'alto
- guida professionale
- mansioni con porto d'armi
- lavori con elevato dispendio energetico
- esposizione lavorativa a temperature estreme
- lavoratori ad alto rischio di diventare diabetici

L'espressione del giudizio di idoneità dovrebbe sempre comprendere una verifica di tre fattori interconnessi:

1. CAPACITÀ LAVORATIVA = possesso dei requisiti psicofisici generali per lo svolgimento di un lavoro e, quindi, della mansione specifica
2. COMPATIBILITÀ DELLO STATO DI SALUTE con l'esposizione ai rischi residui della mansione
3. NON SUSSISTENZA DI PERICOLI PER TERZI di natura infortunistica e assistenziale

L'espressione del giudizio di idoneità può essere influenzata da quattro fattori socialmente rilevanti:

1. il classico dissidio tra salute e lavoro derivante dalle diverse tipologie di lavoratore visitato:
 - soggetto sano sincero = senza interesse a simulare una malattia
 - sano simulante = con interesse a simulare una malattia
 - soggetto malato sincero = senza interesse a dissimulare salute
 - malato dissimulante = con interesse a dissimulare buona salute
2. la possibilità, oggi non remota, di un licenziamento del lavoratore a causa della perdita della idoneità alla mansione
3. il valore sociale riconosciuto all'inserimento lavorativo dei malati cronici con o senza riconoscimento della disabilità, fortemente sostenuto dalle associazioni dei malati («diritto dei più deboli»)
4. la pratica della medicina difensiva del medico competente il legislatore seguita a confermare il dualismo Medico competente/Commissioni

IN BREVE:

L'idoneità al rischio residuo specifico della mansione è affidata al medico competente che effettua visite mediche obbligatorie con espressione di un giudizio di idoneità (appellabile entro 30 gg presso la commissione ASL prevista dal decreto 81).

La capacità e la validità lavorative (generiche): sono affidate alle commissioni medico legali ex art. 5 l.300/70 ovvero CVM (Pubblica Amministrazione)

I casi cui il diabete costituisce motivo di assoluta inidoneità a una mansione sono pochi e sono relativi in genere al solo diabete insulinottrattato. In teoria un problema d'idoneità alle mansioni può sorgere:

- perché emerge nel corso della Visita di accertamento chiesta dall'azienda preliminarmente all'assunzione di un dipendente (visita che deve essere effettuata dal Servizio Territoriale di Medicina del Lavoro);

- perché emerge dalle visite periodiche effettuate dal Medico Competente (*il 'medico aziendale*). Il D.Lgs 216/03 (che ha recepito la direttiva comunitaria 2000/78) vieta le discriminazioni determinate da disabilità e chiarisce che la discriminazione può essere sia diretta (lo svantaggio è espressamente legato alla disabilità) che indiretta quando l'adozione di un criterio "apparentemente neutro" (come può essere, per esempio, la corresponsione di un premio in ragione del minor numero di assenze dal lavoro) finisce per porre i disabili in una posizione di svantaggio rispetto agli altri.

La direttiva e il decreto di recepimento hanno superato quindi la nozione soggettiva di discriminazione (non è cioè necessario dimostrare che il datore di lavoro voleva effettivamente nuocere al disabile) e sanziona tutti i comportamenti che pongono l'invalido in una situazione oggettiva di svantaggio a causa della sua invalidità.

Al lavoratore sarà sufficiente fornire 'elementi presuntivi' volti a dimostrare l'oggettivo svantaggio, mentre spetterà al datore di lavoro dimostrare di aver adottato comportamenti che prescindevano dalla condizione di invalidità.

In concreto, il dipendente disabile potrà quindi limitarsi a dimostrare che i disabili vengono sistematicamente ignorati rispetto agli altri nelle promozioni ovvero nei trasferimenti a richiesta eccetera e, qualora il datore di lavoro non riesca a fornire prova della adozione di un criterio non discriminatorio, potranno ottenere una pronuncia favorevole. In pratica il Giudice ordinerà di cessare il comportamento discriminatorio, di ripristinare una situazione di parità (ad es. attribuendo la promozione anche al disabile) e di risarcire il danno.

Da notare che non sempre l'azione antidiscriminatoria richiede di dimostrare che altri hanno avuto un trattamento più favorevole: l'art. 2 del Dlgs 215/03 introduce infatti il concetto di "molestie per ragioni di disabilità" intendendo per tali un comportamento umiliante idoneo a offendere la dignità personale del disabile: in tal caso non vi è necessità di alcuna comparazione, ma la Legge predispone, anche per questo caso, il medesimo strumento processuale rapido ed efficace che è previsto in caso di discriminazione. Da notare infine che la Corte di Giustizia della Comunità Europea nella sentenza Cadman del 2008 ha ritenuto applicabile il divieto di discriminazione anche al caso in cui il disabile non sia il lavoratore ma un suo familiare e il lavoratore subisca una condizione di svantaggio per la necessità di assistere il familiare.

La Corte ha anche stabilito che il licenziamento per eccesso di malattia può essere illegittimo se la malattia è conseguenza di una invalidità, come può accadere nel caso del diabete.

Di seguito, si riportano le condizioni lavorative di particolare impatto nella gestione della malattia diabetica e che necessitano di particolare attenzione nell'esprimere giudizio alla idoneità alla mansione specifica del lavoratore diabetico.

Lavoro ad elevato rischio infortunistico e di caduta dall'alto (valutato nel DVR)

Si intende per lavoro in quota un'attività lavorativa che espone il lavoratore al rischio di caduta da una quota posta ad altezza minima di 2 m rispetto ad un piano stabile (art. 107 del D. Lgs. 81/08). Le attrezzature utilizzate per i lavori in quota possono essere scale, impalcati, passerelle, funi (obbligo di imbracatura di sostegno - art. 116, comma 1 lettera c). Il campo di applicazione della presente norma viene specificato dall'art. 105, il quale stabilisce che quanto disposto in materia di sicurezza per i lavori in quota deve essere rispettato nei seguenti casi:

- costruzione, demolizione, riparazione, manutenzione e risanamento di stabili o strutture;

- trasformazione, rinnovamento o smantellamento di immobili, sia fissi che temporanei;
- impianti elettrici, fotovoltaici, idroelettrici, lavori di ingegneria civile, forestali o inerenti scavi.

I rischi dei lavoratori impiegati in lavori in quota possono essere:

- rischio di caduta dall'alto in seguito alla perdita di equilibrio del lavoratore;
- caduta di materiale dall'alto: lesioni (schiacciamenti, cesoiamenti, colpi, impatti, tagli); causate dall'investimento di masse cadute dall'alto durante il trasporto con gru, argani, ecc.;
- sospensione inerte nell'imbracatura per perdita di coscienza;
- effetto pendolo per oscillazione ed urti;
- sforzo fisico in caso di scalata per raggiungere la quota.

Il lavoro in quota richiede una sorveglianza sanitaria particolare, spesso con ricorso ad una consulenza diabetologica di 2° livello per valutare:

- requisiti psico-fisici;
- sufficienti capacità cognitive e comportamentali (saper fronteggiare le situazioni difficili o improvvise);
- sufficiente neuro-sensorialità ed assenza di disturbi dell'equilibrio;
- sufficiente motricità;
- assenza di condizioni cliniche controindicanti il lavoro in quota;
- controindicazioni all'uso dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale);
- condizioni cliniche con perdita di coscienza (es. diabete non compensato);
- condizioni cliniche a carico di organi e apparati esponenti a rischio indebito (cardiopatie, insufficienza respiratoria, complicanze varie);

Tra le condizioni ostative all'idoneità specifica al lavoro in quota viene indicato il diabete in mediocre compenso o con storia di crisi ipoglicemiche ripetute. Tale condizione è riferibile ai soggetti affetti da diabete di tipo 1, e ai soggetti con diabete di tipo 2 in trattamento con farmaci che possono indurre ipoglicemia (es. sulfaniluree, glinidi o insulina). In riferimento alla condizione di disabilità riconosciuta al paziente diabetico che presenta una percentuale di invalidità > 45%, ad esempio diabete di tipo 1 o 2 con complicanze micromacroangiopatiche con manifestazioni cliniche di medio grado (Classe III), diabete insulino-trattato con mediocre controllo metabolico e iperlipidemia o con crisi ipoglicemiche frequenti nonostante terapia (Classe III), diabete complicato da grave nefropatia e/o retinopatia proliferante, maculopatia, emorragie vitreali e/o arteriopatia ostruttiva (Classe IV), la Legge 24 dicembre 2007 n. 247 ha eliminato il collocamento mirato dei disabili in edilizia che era stato precedentemente stabilito dalla L. 12 marzo 1999. n. 68. Non sono tenuti all'osservanza dell'obbligo di cui all'art. 3 (assunzioni obbligatorie e quote di riserva) i datori di lavoro del settore edile per quanto concerne il personale di cantiere e gli addetti al trasporto del settore.

Guida professionale (valutata nel DVR e tenuto conto delle certificazioni alla guida ex lege)

Il diabete può modificare le performance degli autisti sia a causa delle sue complicazioni (che peggiorano le funzioni motorie e sensitive) che a causa delle disfunzioni cognitive transitorie, fino alla perdita di coscienza, che possono essere causate dall'ipoglicemia. Le categorie di trasporto che rientrano nella Guida professionale sono:

- Trasporto pubblico su strada (bus, tram, scuola-bus ...)
- Autotrasporto merci, merci pericolose e rifiuti su strada corrieri e operatori logistici; operatori multimodali (trasporto di merci integrando i vettori stradale, ferroviario, aereo, marittimo); spedizionieri industriali; trasporto rifiuti;
- Auto in servizio pubblico (taxi, noleggi con autista, ambulanze ...)
- Trasporti e movimento di merci intra-aziendali (carrelli elevatori, gru, carroponti, furgoni, camion, cesti elevatori ...)

In questi casi il giudizio deve tener conto dei seguenti aspetti:

- ipoglicemie ricorrenti
- compromissione oculo-visiva
- compromissione cardiovascolare

Le figure mediche individuate per la certificazione di idoneità alla guida (art. 119 c. 2 D. Lgs. 285 del 30/04/1992 e art. 23 Legge n. 120 del 29/7/2010) sono: i medici appartenenti al ruolo medico del Ministero della Salute; i medici responsabili dei servizi di base del distretto sanitario; i medici militari in servizio permanente effettivo o in quiescenza; gli ispettori medici delle Ferrovie dello Stato; i medici di ruolo dei sanitari della Polizia di Stato; gli ispettori medici del Ministero del Lavoro; i medici del ruolo sanitario del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

L'accertamento può essere effettuato dai medici su specificati, anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi ivi indicati, purché abbiano svolto l'attività di accertamento negli ultimi dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni di cui al comma 4 per almeno cinque anni (c. 1b, art. 23 Legge n. 120 del 29/7/2010).

L'espressione del giudizio di idoneità psico-fisica per gli addetti al trasporto pubblico di persone, sia ferroviario che stradale, ai sensi del D.M. 88/99 è demandato prioritariamente a sanitari appartenenti alla Direzione Sanità di Rete Ferroviaria Italiana (R.F.I.) o, comunque, a strutture del S.S.N., mentre, gli accertamenti previsti dal D. Lgs. 81/08 e s.m.i. e la relativa idoneità alla mansione in relazione ai rischi specifici e per terzi per tutte le tipologie lavorative del comparto sono a carico del Medico Competente.

Facendo riferimento a quanto previsto dalle Linee Guida SIMLII, condizioni ostative all'idoneità lavorativa in soggetti affetti da diabete mellito sono le complicanze oculari, cardiovascolari, acidosi, ipoglicemia ricorrente. Alcuni dei mezzi di trasporto intra-aziendale sono mezzi targati per la guida dei quali si rende necessaria la patente di guida (alcuni trattori, autogrù, automezzi per trasporto merci all'interno dell'azienda, ambulanze per il trasporto di pazienti tra padiglioni, ecc.), determinando una sorta di interazione/sovrapposizione con il sistema di controllo e gestione del rilascio delle licenze di guida. La licenza di guida è un elemento essenziale anche per gli autisti di mezzi intra-aziendali per i quali non sarebbe obbligatoria per Legge.

Esistono casi in cui si deve procedere alla comunicazione al competente Ufficio della Motorizzazione civile per la revisione della patente di guida, tra i quali compare "Soggetti diabetici, All. III D. Lgs. 59/2011, Punto C" C.2.3. In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile, per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del codice della strada. C.2.4. In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree o glinidi) ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

Mansioni con porto d'armi (eccezione fatta per le Forze Armate e assimilate)

I requisiti psico-fisici minimi per il rilascio e il rinnovo del porto d'armi per lavoratori quali gli operatori di polizia locale o la guardia particolare giurata, sono definiti dal Decreto del Ministero della Sanità del 28 aprile 1998, che distingue tra: porto d'armi per uso caccia e uso sportivo (Art. 1) e porto d'armi per uso difesa personale (Art. 2). Per i soggetti operanti nelle Forze Armate si seguono Direttive e circolari della Direzione Generale della Sanità Militare.

Gli accertamenti sui requisiti per il rilascio porto d'armi per caccia, sport, difesa personale (DM 28-04-98) sono:

- Certificato anamnestico del MMG rilasciato negli ultimi tre mesi;
- Autodichiarazione di precedenti morbosità (tra cui il diabete con terapia);

- Accertamenti medico legali (ASL o Militari) sui requisiti visivi, auditivi, muscoloscheletrici, neurologici ed assenza di disturbi mentali-comportamentali-di personalità;
- Il Medico Competente, se durante la Sorveglianza sanitaria(SS) evidenzia la perdita di 1 o più requisiti (diabete incluso) lo segnala al MMG. Si rammenta che il MDC effettua il Drug test in corso di SS.

Mansioni ad elevato dispendio energetico

I lavori con maggiore impegno di dispendio energetico vengono catalogati in riferimento ai Met impegnati. Il MET è un'unità per esprimere il costo di un esercizio in termini di energia ed ossigeno. Il termine MET deriva da " Metabolic Equivalent of Task". Il valore di un MET corrisponde al metabolismo energetico in condizioni di riposo. Si assume che un MET equivalga ad un consumo di ossigeno di 3,5 ml per kg di peso corporeo per minuto [1 MET = 3,5 ml/(kg x min)].

In merito alle attività lavorative ad elevato dispendio energetico, particolare attenzione dovrà essere posta alla definizione del quadro patologico del soggetto lavoratore al fine di poterne definire l'idoneità lavorativa.

- Impiegato di ufficio 1,2 Met
- Lavori agricoli 8 Met
- Lavori edili con trasporti manuali di laterizi 8 Met
- Spalatore di neve con pala manuale 9 Met
- Vigile del fuoco in attività di spegnimento 12 Met
- Disboscamento con taglio tronchi ravvicinati 17 Met
-

I lavori sono definiti "ad elevato dispendio energetico" quando l'impegno metabolico è maggiore di 6 Met.

Nel lavoratore giovane, allenato e sano le attività ad elevato dispendio energetico possono addirittura ridurre il rischio metabolico. Nel soggetto sano l'attività ad elevato dispendio energetico comporta una progressiva riduzione dei livelli di glucosio utilizzati dai muscoli in attività. Al contrario i livelli di insulina e cortisolo si mantengono costanti o tendono ad aumentare. Quando la glicemia plasmatica raggiunge il livello minimo s'innescano l'aumento del glucagone e parallelamente la riduzione dell'insulina per attivare i processi di gluconeogenesi epatica. Il cortisolo aumenta per l'intera durata dell'esercizio.

Questo meccanismo bilanciato permette il mantenimento di livelli glicemici nei limiti della norma (Webster e coll. 2013). Tale situazione può essere più o meno compromessa nel soggetto diabetico e pertanto deve essere accuratamente considerata qualora un lavoratore affetto dalla patologia si trovi a svolgere tali attività.

Nel diabetico tipo1 tali attività possono determinare serie difficoltà nel mantenimento dell'omeostasi glicemica, specie se l'attività fisica gravosa viene espletata immediatamente dopo l'assunzione di Insulina con il rischio di ipoglicemia. Le attività ad elevato dispendio energetico comportano per il soggetto affetto da diabete di tipo 1 serie difficoltà, legate all'alterazione dell'omeostasi glicemica. In questi soggetti, la disponibilità di glucosio per il fabbisogno energetico utile allo svolgimento dell'attività fisica è strettamente legata alla tempistica e alle dosi di insulina introdotte. Serve un attento studio clinico e mirato! Nel diabetico tipo 2 il meccanismo patogenetico è l'insulino-resistenza e quindi lo svolgimento di attività ad elevato dispendio energetico può determinare effetti differenti a seconda dello stadio della patologia, dello stile di vita condotto, del tipo di terapia effettuata e della presenza di complicanze; in particolare se il paziente è obeso, che pratica scarsa attività fisica e che raggiungono valori di performance cardiovascolare ridotti, svolgere compiti fisicamente impegnativi per periodi prolungati può

tradursi in un sovraccarico di lavoro per l'apparato cardiovascolare con un rischio aumentato di cardiopatia ischemica e di mortalità per tutte le cause. Serve una sorveglianza sanitaria mirata.

Mansioni svolte in microclima severo

Lavori con basse temperature

Il soggetto diabetico, specie di tipo 1 ovvero tipo 2 con Insulina, è considerato a maggior rischio di sviluppare ipotermia in quanto il controllo dei valori glicemici è reso problematico dai meccanismi innescati dall'esposizione alle basse temperature. L'esposizione al freddo intenso, inoltre, è considerata un fattore di rischio cardiovascolare e il diabetico, spesso, è anche cardiopatico.

La vasocostrizione da freddo è contrastata dalla neuropatia diabetica. La misurazione estemporanea della glicemia nei climi freddi risulta essere spesso meno accurata e/o di difficile esecuzione. Dati epidemiologici confermano un aumento della prevalenza di ipotermia in questi soggetti, a causa sia dell'ipoglicemia che della chetoacidosi; un aumento di mortalità tra i soggetti diabetici nei mesi invernali in condizione di ipotermia è stato osservato dovuto ad un aumentato delle patologie cardiovascolari favorite dalla probabile presenza di neuropatia autonoma. L'ipoglicemia infatti comporta l'attivazione del sistema nervoso neurovegetativo con aumento della sudorazione, della vasodilatazione cutanea e del distretto muscolare, dell'inibizione del meccanismo del brivido con conseguente aumentata dispersione di calore. La relativa carenza di ossigeno riscontrata in corso di chetoacidosi diabetica (diabete tipo 1 scompensato), ma anche la neuropatia autonoma, sembrerebbero responsabili di una riduzione dei meccanismi termoregolatori (Strauch e coll. 1969; Gale e Tattersall. 1978).

Lavori con alte temperature

Il diabetico ha spesso un'aumentata suscettibilità al caldo per:

- Ridotta risposta ortostatica al caldo (SNA)
- Maggiore suscettività a mantenere un buon equilibrio elettrolitico
- Ridotta dissipazione di calore interno per un alterato flusso endoteliale

Pertanto, l'esposizione occupazionale di un soggetto diabetico in ambienti a temperature elevate potrebbe compromettere il fragile equilibrio del suo sistema termoregolatore, tanto più se l'attività lavorativa dovesse comportare un alto dispendio energetico. Infatti tali attività aumentano il fabbisogno energetico del metabolismo ed il rischio di disidratazione. In tali situazioni un lavoratore diabetico dovrebbe essere in grado di poter variare il proprio programma alimentare e terapeutico, di poter assumere le adeguate quantità di acqua ed elettroliti, e di mantenere costanti i propri livelli di glicemia.

Lavori vietati al soggetto diabetico

- Vigili del fuoco
- Controllori e assistenti di volo (Licenza ICAO revocata se paziente pratica insulina)
- Attività con libretto navigazione (piloti aerei, comandanti navi, macchinisti di treni RD n.1773/1933 – Invece Autobus e Autocarri pesanti sono gestiti attraverso la concessione della patente)
- Militari: esonero da attività militari e possibilità di trasferimento
- Altre singole specifiche attività con regolamentazione variabile: cassonista, palombaro, fochino,

Una serie di attività lavorative non sono vietate: non c'è mancanza di idoneità ma sono solo sconsigliate; infatti laddove il paziente è motivato e segue percorsi educativi strutturati le attività di seguito elencate possono essere intraprese da una Persona con diabete:

- Pasticcere, panettiere, pizzaiolo

- Cuoco
- Oste
- Sommelier
- Viaggiatore di commercio
- Addetto a pubbliche relazioni con partecipazione a frequentissime colazioni e pranzi di lavoro

Diabete e lavori a turno

Per meglio comprendere l'argomento è utile in primis definire i vari termini della questione secondo il D. Lgs. 66/2003 e s.m.i., 213/2004 e la circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 8 del 2005:

- *"lavoro a turni"*: qualsiasi metodo di organizzazione del lavoro anche a squadre in base al quale dei lavoratori siano successivamente occupati negli stessi posti di lavoro, secondo un determinato ritmo, compreso il ritmo rotativo, che può essere di tipo continuo o discontinuo, e il quale comporti la necessità per i lavoratori di compiere un lavoro a ore differenti su un periodo determinato di giorni o di settimane;

- *"lavoratore a turni"*: qualsiasi lavoratore il cui orario di lavoro sia inserito nel quadro del lavoro a turni;

- *"periodo notturno"*: periodo di almeno sette ore consecutive comprendente l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino;

- *"lavoratore notturno"*: a) qualsiasi lavoratore che svolga durante il periodo notturno almeno tre ore del suo tempo di lavoro giornaliero impiegato in modo normale; b) qualsiasi lavoratore che svolga durante il periodo notturno almeno una parte del suo orario di lavoro secondo le norme definite dai contratti collettivi di lavoro. In difetto di disciplina collettiva è considerato lavoratore notturno qualsiasi lavoratore che svolga lavoro notturno per un minimo di ottanta giorni lavorativi all'anno; il suddetto limite minimo è riproporzionato in caso di lavoro a tempo parziale.

Inoltre nelle linee guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII) su lavoro a turni e notturno, per "lavoro a turni" si intende, in generale, ogni forma di organizzazione dell'orario di lavoro, diversa dal normale "lavoro giornaliero", in cui l'orario operativo dell'azienda viene esteso oltre le consuete 8-9 ore diurne (in genere tra le 8 e le 17-18), fino a coprire l'intero arco delle 24 ore, mediante l'avvicendamento di diversi gruppi di lavoratori.

I sistemi di turnazione possono essere estremamente diversificati in relazione a diversi fattori, quali:

- La durata del singolo periodo di turno: in prevalenza da 6 a 8-9 ore, ma può arrivare fino a 12 o ridursi a 4 (in caso di part-time);

- L'interruzione o meno nel fine settimana (turno continuo o discontinuo);

- La presenza e la frequenza del lavoro nel "periodo notturno";

- Il numero di turni/lavoratori che si succedono nell'arco della giornata: in prevalenza sono impiegati 2 turni (Mattino e Pomeriggio) o 3 turni (aggiungendo la Notte) di 7-9 ore, o 4 turni di 6 ore (Mattino, Pomeriggio, Sera, Notte, nel cosiddetto "6x6");

- La direzione della rotazione, in senso orario (Mattino-Pomeriggio-Notte: M-P-N) o antiorario (Pomeriggio-Mattino-Notte: P-M-N);

- La frequenza della rotazione: rapida (ogni 1-3 giorni), intermedia (ogni 4-7 giorni), lenta (quindicinale o oltre);

- La regolarità e la durata (breve, lunga) dell'intero ciclo di turnazione;

- L'ora di inizio e fine dei vari turni: in prevalenza 06-14-22.

Per quanto riguarda l'impiego di soggetti diabetici in lavori a turni e notturni, la revisione della letteratura scientifica non fornisce chiare indicazioni. Tuttavia, l'ADA (ADA, 2014) assume una posizione non discriminatoria nei confronti del lavoratore diabetico purché sia motivato a svolgere al meglio delle sue performance il lavoro (riconoscendo e fronteggiando le eventuali ipoglicemie) e che nell'ambiente lavorativo sia presente personale formato a riconoscere le ipoglicemie e a soccorrere il lavoratore con diabete (posizione Statunitense, Canadese, Australiana). La turnazione

lavorativa determina irregolarità nell'alimentazione e alterazioni nei ritmi ormonali circadiani. In relazione a quanto esposto, non vi è nessuna limitazione assoluta al lavoro a turni per i soggetti affetti da diabete di tipo 1 e 2 anche se va riferito che nei diabetici di tipo 1 impiegati in lavori a turni e notturni, è stata sottolineata la difficoltà nel raggiungere un compenso glicemico ottimale, dimostrato anche dal riscontro di livelli più elevati di emoglobina (Hb) glicata, rispetto a diabetici non turnisti, a causa della irregolarità dei pasti e della conseguente difficoltà nell'assunzione regolare della terapia insulinica (Poole e coll. 1992; Young e coll. 2013). Quindi bisogna tener conto di vari fattori: la motivazione del soggetto al lavoro, la capacità dello stesso di gestire eventuali episodi di ipoglicemia sul lavoro e la possibilità di assumere i pasti e la terapia medica con regolarità. I medici del lavoro dovrebbero essere a conoscenza dei metodi disponibili di trattamento per il diabete di tipo 1 e di tipo 2 ed essere in grado di consigliare i lavoratori sul modo migliore di gestire il diabete durante il turno di lavoro e durante il cambio turni (Guo e coll. 2013).

Il Medico Competente, pertanto, dovrà valutare, per ciascun lavoratore affetto da diabete sia di tipo 1 che di tipo 2:

- Lo stato di malattia;
- La capacità del lavoratore di identificare e gestire la comparsa di ipoglicemia;
- La presenza di complicanze;
- Le possibili interazioni con altri fattori di rischio professionali;
- L'organizzazione del lavoro in turni.

Sono controindicazioni potenziali, temporanee o permanenti, allo svolgimento del lavoro a turni e/o notturno:

- Diabete di tipo 1; diabete di tipo 2 scompensato o in terapia insulinica in cui il lavoro a turni e/o notturno possa interferire con l'assunzione regolare della terapia nell'arco delle 24 ore e con una appropriata alimentazione;
- Comparsa di complicanze legate alla malattia;
- Terapie farmacologiche per la cura del diabete e delle sue complicanze (anti-ipertensivi, diuretici) la cui efficacia è correlata ai ritmi di funzionalità circadiana degli organi bersaglio o che possono indurre sonnolenza (ACE-inibitori, beta-bloccanti).

È peraltro opportuno considerare che:

- Il diabete, sia esso di tipo 1 che di tipo 2, è una malattia cronica che se non adeguatamente trattata nel tempo può essere disabilitante. Pertanto, il lavoratore affetto da diabete dovrà essere frequentemente valutato per la sua capacità lavorativa in relazione alla durata della malattia e alla comparsa di eventuali complicanze che possano limitare la sua capacità lavorativa (ad es. piede diabetico ed uso dei dispositivi di protezione individuale);
- Gli schemi di turnazione possono essere notevolmente differenti tra di loro e ripercuotersi sul benessere psico-fisico dei singoli lavoratori in modo considerevolmente differente;
- Gli effetti sulla salute del lavoro a turni e/o notturno possono essere influenzati dalla coesistenza di altri fattori di rischio professionali, la cui natura ed intensità è estremamente variabile;

Esonero dal lavoro notturno

L'art. 2 del D. Lgs 532/1999 prevede l'esonero dal lavoro notturno per alcune categorie di lavoratori. Fra queste non sono comprese esplicitamente le persone con diabete. Un diabetologo potrebbe però certificare, soprattutto nel caso di insulino trattamento, la necessità di non modificare i ritmi sonno-veglia per garantire l'equilibrio glicemico. Questa certificazione, consegnata direttamente all'azienda o attraverso il Medico competente (il medico 'aziendale) oppure avvalorata dal servizio Territoriale di Medicina del Lavoro, potrebbe essere sufficiente a chiedere l'esonero dal lavoro notturno.

Ottenere l'esonero dal lavoro notturno è automatico per i disabili e non troppo difficile per gli insulinoindipendenti. I lavoratori dipendenti con handicap dichiarato grave (articolo 3, comma 3 della Legge 104) hanno diritto a norma dell'articolo 33 della Legge 104/92 a 2 ore di riposo

giornaliere (meno se il lavoratore adotta un orario ridotto) pienamente retribuite (compreso TRF e mensilità aggiuntive). In attesa della Dichiarazione della Commissione, dopo 90 giorni dalla presentazione della domanda di invalidità, i lavoratori possono ottenere il beneficio presentando una dichiarazione resa da un Medico Specialista nella patologia che provocato l'handicap. La dichiarazione deve indicare sia la patologia sia le conseguenze che essa comporta nella vita del paziente.

Quindi in conclusione si può affermare che a priori non ci sono lavori che il diabetico sia di tipo 1 che di tipo 2 non possa svolgere; è altresì importante la tutela della salute del lavoratore ma anche con rischio terzi (ad esempio trasporto di persone, di mezzi pesanti e di materiali a rischio).

Attenzione a terapie che possono causare ipoglicemie (insulina, sulfaniluree) ed alla luce delle moderne terapie di recente introdotte personalizzare e modificare il trattamento farmacologico anche se è in buon compenso metabolico.

Attenzione a lavori con esposizione a stress termico e ad attività fisica pesante (maggior rischio di ipoglicemie da accelerato consumo di glucosio anche in lavoratori diabetici non in terapia insulinica) e se è possibile evitare lavoro isolato.

Cambiamento degli orari e delle condizioni di lavoro

Lo stile di conduzione aziendale, e non solo nel settore privato, è cambiato molto negli ultimi anni. I tempi di lavoro sono divenuti meno prevedibili. In passato solo i dirigenti e gli alti funzionari 'non conoscevano orari'. Oggi anche ai livelli medi e medio bassi delle organizzazioni, soprattutto terziarie, è frequente che una riunione imprevista posponga l'intervallo di mensa o di uscita dal lavoro. Lo stesso vale per i viaggi di lavoro, che interessano sempre più persone in azienda.

Questa imprevedibilità contrasta in concreto con lo stile di vita del lavoratore con diabete il quale lega i ritmi della terapia e dei controlli a determinati orari o ritiene di poter seguire le prescrizioni alimentari solo mangiando a casa.

Cosa può fare il dipendente che si trova a disagio con questi mutamenti nello stile aziendale o che desidera intervalli di mensa più ampi per mangiare a casa invece che al bar, o che desidera non essere coinvolto in viaggi di lavoro?

Diciamo subito che la Legge non è dalla sua parte. Negli ultimi anni la legislazione e la giurisprudenza sul lavoro si è mossa coerentemente nel concedere al datore di lavoro la massima flessibilità negli orari e nello stile di conduzione aziendale. Per quanto riguarda la persona con diabete, l'esigenza di orari 'fissi' non è più ritenuta oggettiva ma soggettiva. In teoria un paziente ben istruito e con una terapia adeguata potrebbe gestire benissimo il suo diabete facendo fronte a sfide quali la variabilità degli orari, i viaggi di lavoro e i pasti fuori casa.

Il dipendente che senta il bisogno di una modifica degli orari di lavoro o una maggiore prevedibilità degli stessi, può chiedere un colloquio o direttamente con il superiore gerarchico o con la Direzione del Personale oppure con il Medico Competente e documentare la situazione, anche attraverso certificazioni del Medico curante.

Questa 'mossa' va però valutata con attenzione perché il suo successo non è sicuro, né in sede amicale, né in sede giudiziaria. In capo all'Azienda non vi è alcun obbligo specifico di modificare i contenuti o lo stile di conduzione aziendale, soprattutto in casi come questo.

È vero che nella patologia cronica conta non la terapia "migliore" in astratto prescrivibile, quanto il punto di equilibrio che il diabetologo e il paziente hanno trovato. Se un paziente ritiene di poter curare il suo diabete solo pranzando ogni giorno a casa e ritiene di non poterlo fare passando al bar gli intervalli di colazione, questo è un dato di cui bisogna tenere conto. Ma ricordiamo che non esiste un impedimento assoluto. L'Azienda che sposta il lavoratore lontano da casa o gli riduce gli intervalli di mensa non sta oggettivamente minando la sua salute.

D'altra parte l'Azienda potrebbe esercitare un diritto di autotutela e utilizzare le leggi che la obbligano in primo luogo a tutelare la salute del lavoratore per licenziarlo.

Scelta della sede, avvicinamenti, trasferimenti

La persona con diabete non ha un diritto assoluto ad opporsi a un trasferimento o a chiedere un avvicinamento, o comunque, una modifica nella sede di lavoro.

Può farne domanda all'Azienda, direttamente o tramite il Medico competente, ma l'Azienda può benissimo ignorarla, a meno che non sia vincolata da Contratti di categoria o aziendali che dispongono diversamente.

Esenzione ticket sanitario

Si può richiedere all'Asl di competenza dopo avere accertato la patologia in una struttura pubblica l'esenzione dal ticket sanitario per patologia. L'Azienda sanitaria locale rilascia un certificato da portare al medico curante, il quale provvederà ad inserirlo nel proprio database. A quel punto, il medico di base segnalerà l'esenzione sulla ricetta ogni volta che dovrà prescrivere un farmaco, una visita medica di controllo o una cura.

Legge 104/92 e diabete

Le agevolazioni della Legge 104/92 sono assegni, permessi o altri vantaggi per l'assistenza ai diabetici. L'ammontare dell'assegno o dei giorni di permesso dipende dal grado di invalidità del diabetico: dal 74% in su si può ricevere un assegno calcolato in base al reddito e benefici sui contributi per la pensione. Se la percentuale di invalidità arriva al 100%, come abbiamo visto prima, si ottiene la pensione. Nei casi di diabete in stadio grave, i parenti del paziente hanno diritto ad ore di permesso sul lavoro per poterlo assistere. È da ricordare inoltre che le agevolazioni della Legge 104/92 sono applicabili anche ai genitori del minore diabetico (vedi dopo)

Pensione anticipata per chi soffre di diabete

Il **lavoratore diabetico** ha diritto alla pensione anticipata solo se ha una percentuale di invalidità elevata ed i requisiti di contribuzione. Nello specifico, chi soffre di diabete ha diritto a:

- pensione di vecchiaia anticipata, a 55 anni e 7 mesi di età per le donne e 60 anni e 7 mesi per gli uomini, se si possiedono almeno 20 anni di contributi e se l'invalidità è almeno pari all'80%; questo tipo di pensione non è riconosciuta ai dipendenti pubblici e, per ottenerla, è necessario attendere una finestra di 12 mesi dalla maturazione dei requisiti alla liquidazione della pensione;
- maggiorazione pari a 2 mesi di contributi figurativi in più ogni anno, se l'invalidità è almeno pari al 74%;

Agevolazioni fiscali per chi soffre di diabete

Il grado di invalidità consente a chi soffre di diabete di essere riconosciuto un soggetto disabile; il paziente e le persone che l'hanno fiscalmente a carico possono usufruire di una detrazione fiscale del 19% sulle spese di acquisto e di adattamento di un'auto. Quest'agevolazione viene riconosciuta a persone che non possono guidare perché non vedenti o gravemente limitate nei movimenti (ovviamente, a quel punto, si metterà al volante la persona che lo assiste) e alle persone che, pur soffrendo di diabete, riescono a guidare una macchina adattata alle loro condizioni muniti di patente speciale. Per queste categorie viene riconosciuta l'Iva agevolata al 4% sull'acquisto dell'auto ed, in alcune regioni, l'esenzione permanente dal bollo. Teoricamente, i diabetici considerati disabili avrebbero diritto a queste due agevolazioni (detrazione del 19% e Iva agevolata al 4%) anche per l'acquisto di strumenti tecnologici come pc, tv via satellite o accesso alla banda larga. Ma il paziente deve avere un grado di invalidità davvero alto. C'è anche un piccolo sconto fiscale per le spese di assistenza non professionale a persone con gravi difficoltà nel compiere atti di vita quotidiana. In pratica, un'agevolazione per i diabetici che, a causa del progredire della malattia, hanno bisogno di una badante.

Tra le molte piccole esenzioni per disabili invalidi e handicap, spesso legate a limiti di reddito assai bassi, la più interessante è l'azzeramento dell'imposta di successione.

Assenze per continuità di cura

I riposi giornalieri non possono essere usufruiti se nel corso dello stesso mese si è usufruito della misura dei 'tre giorni'. Quando un lavoratore si ammala e si assenta dal lavoro i primi 3 giorni sono pagati dal datore di lavoro. Dal 4° giorno di assenza per un massimo di 180 giorni è l'INPS a provvedere al pagamento.

L'indennità di malattia spetta per periodi non superiori a 180 giorni di calendario:

- a operai e impiegati dell'industria, del terziario dell'artigianato e dell'agricoltura
- ai soci di cooperative che prestino attività lavorativa, ai giovani assunti con contratto di formazione e lavoro
- ai disoccupati e sospesi dal lavoro purché il rapporto di lavoro sia cessato o sospeso da non più di 60 giorni prima dell'inizio della malattia.
- ai lavoratori parasubordinati, solo in caso di degenza ospedaliera.

È però necessario che ricorrano gli estremi per definire 'grave situazione' la condizione che richiede l'astensione dal lavoro. I regolamenti e la giurisprudenza sono dettagliati nell'esaminare i casi in cui il congedo è reso necessario dalla cura di un familiare (condizioni acute o croniche e in generale situazioni che richiedono un impegno particolare per la cura, assistenza continuativa o anche frequenti monitoraggi clinici ematochimici o strumentali così come in generale la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario).

Minore la casistica nel caso in cui il lavoratore chieda il congedo per curare se stesso. Si può ritenere ad esempio che il congedo possa essere fruito in alternativa alla malattia per seguire con più attenzione una fase di forte squilibrio glicemico. Non così raro è il caso in cui il congedo è chiesto in corrispondenza di stati psichici (ansia e depressione).

Il lavoratore è tenuto a chiedere il congedo almeno 15 giorni prima e il datore di lavoro deve rispondere entro 10 giorni da quando riceve la richiesta e deve motivare dettagliatamente i motivi di un eventuale rifiuto o solo parziale accettazione della richiesta. Il lavoratore non è tenuto a utilizzare integralmente il periodo di congedo richiesto, può insomma tornare prima dandone preavviso 7 giorni prima.

Congedo straordinario per cure per invalidi

Le persone con invalidità superiore al 50% possono chiedere un congedo straordinario retribuito della durata non superiore a 30 giorni, per sottoporsi a cure o trattamenti mirati alla riduzione della disabilità (Legge 118/1971, Art. 26). Il soggetto invalido deve chiedere alla ASL la validazione del certificato rilasciato dal medico durante. Al momento della visita dovrà portare il Verbale attestante l'invalidità riconosciuta e una certificazione medica, che specifica il tipo di terapia prescritto e la sua durata.

Riposi giornalieri per lavoratori con handicap grave

I lavoratori dipendenti con handicap dichiarato grave (articolo 3, comma 3 della Legge 104) hanno diritto a norma dell'articolo 33 della Legge 104/92 a 2 ore di riposo giornaliero (meno se il lavoratore adotta un orario ridotto) pienamente retribuite (compreso TRF e mensilità aggiuntive).

In attesa della Dichiarazione della Commissione, dopo 90 giorni dalla presentazione della domanda di invalidità, i lavoratori possono ottenere il beneficio presentando una dichiarazione resa da un Medico Specialista nella patologia che provocato l'handicap. La dichiarazione deve indicare sia la patologia sia le conseguenze che essa comporta nella vita del paziente.

I riposi giornalieri non possono essere usufruiti se nel corso dello stesso mese si è usufruito della misura dei 'tre giorni' (vedere scheda).

I lavoratori dipendenti con handicap dichiarato grave (articolo 3, comma 3 della Legge 104) hanno diritto a norma dell'articolo 33 della Legge 104/92 a 3 giorni di permesso ogni mese pienamente

retribuiti (compreso TRF e mensilità aggiuntive) fruibili in maniera continuativa oppure in 18 ore di permesso retribuite articolate secondo le esigenze del lavoratore in 'lotti' minimi di un'ora.

In attesa della Dichiarazione della Commissione, dopo 90 giorni dalla presentazione della domanda di invalidità, i lavoratori possono ottenere il beneficio presentando una dichiarazione resa da un Medico Specialista nella patologia che provocato l'handicap. La dichiarazione deve indicare sia la patologia sia le conseguenze che essa comporta nella vita del paziente.

I permessi si 'esauriscono' nell'arco del mese. I permessi non goduti nel mese non possono quindi essere 'riutilizzati'. I permessi sono pienamente retribuiti (art 33, 3° comma Legge 104/92). Il lavoratore che desidera usufruirne deve fare domanda all'INPS o all'Ente Previdenziale di appartenenza compilando un modulo in due copie, una delle quali, timbrata dall'Ente, sarà consegnata al datore di lavoro. Il modulo deve indicare in quale modo il lavoratore intende fruire dei permessi.

Non è prevista la esplicita autorizzazione dell'Ente Previdenziale il quale dovrà celermente comunicare all'interessato e datore di lavoro i motivi che ostacolano il riconoscimento del beneficio.

Non è possibile utilizzare questa misura se nello stesso mese si è usufruito dei 'riposi giornalieri'

L'art. 2 del D. Lgs 532/1999 prevede l'esonero dal lavoro notturno per alcune categorie di lavoratori.

Il lavoro notturno, recita la Legge 903/1977 art 5 2° comma, non deve essere prestato dalla lavoratrice o dal lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della Legge 104/92. Pur in mancanza di una specifica indicazione, per analogia questo divieto può essere esteso al lavoratore disabile.

Per quanto riguarda il lavoratore invalido, l'esonero dal lavoro notturno potrebbe essere richiesto o previsto all'atto dell'assunzione o nella convenzione tra il datore di lavoro e il Servizio di collocamento che ha dato luogo all'assunzione. (Vedi: Collocamento mirato).

Diabete, permessi e congedo straordinario

La persona con diabete non si ammala necessariamente più spesso degli altri. Ha però bisogno, proprio per mantenere un buon equilibrio glicemico e per sorvegliare l'andamento degli altri aspetti della malattia al fine di prevenire/monitorare le possibili complicanze di effettuare un certo numero di visite e controlli ogni anno.

Non sempre ma di regola nei contratti di lavoro si prevedono permessi orari non retribuiti per lo svolgimento di queste visite o genericamente per altri motivi. Alcuni contratti prevedono un monte ore di permessi retribuiti.

Nei casi in cui i permessi non siano retribuiti, o il monte ore sia insufficiente, non è chiaro se sia possibile 'mettersi in malattia'. Per 'malattia' si intende un peggioramento della situazione anteriore che rende il lavoratore incapace di svolgere un'attività lavorativa (o che consiglia di astenersi dal lavoro per evitare l'aggravamento e facilitare il decorso della malattia stessa). Questo concetto è coerente con le visite dettate da improvvisi squilibri metabolici (una seria crisi ipoglicemica, improvvisi sbalzi nella glicemia) ma non con lo svolgimento di visite di routine.

Il lavoratore con il diabete che ricorre al Day-Hospital o all'ambulatorio per il controllo periodico, in realtà svolge semplici accertamenti specialistici in una struttura ospedaliera/ambulatoriale pubblica/privata.

La circolare INPS n. 192/96 da una parte equipara la prestazione in Day-Hospital al ricovero ospedaliero, dall'altra prevede che la prestazione richieda la permanenza nell'ambulatorio per l'intera giornata lavorativa, considerando anche il tempo necessario per rientrare al lavoro.

Strettamente parlando quindi, il lavoratore che utilizza la 'malattia' per effettuare una normale visita o accertamento si pone dalla parte del torto due volte: perché non si trova in stato di incapacità lavorativa e perché, nella maggior parte dei casi, la visita non richiede l'assenza per

tutta la giornata lavorativa. In caso di visita fiscale in coincidenza di visita specialistica è sufficiente presentare l'attestazione, rilasciata dal medico dell'ambulatorio, della visita effettuata.

D'altra parte dal punto di vista invece della tutela della salute, tra l'altro prevista dalla nostra Costituzione (art. 32), sottoporsi ad accertamenti clinico-strumentali, è necessario per la prevenzione ed il trattamento precoce delle complicanze del diabete. Dal punto di vista teorico (e medico) quindi, chi effettua visite e accertamenti opera attivamente per evitare un aggravarsi e un degenerare della condizione cronica o del fattore di rischio in una malattia vera e propria.

Congedo straordinario retribuito

Il testo unico D.P.R. 10/01/57 n.3 (modificato dalla Legge finanziaria 1994) prevede a fianco del congedo ordinario, un congedo straordinario che non può superare complessivamente nel corso dell'anno la durata di 45 giorni (così come modificato dalla Legge 537/93).

"Il congedo straordinario è concesso, in base a motivato rapporto del capo ufficio, dall'organo competente secondo gli ordinamenti particolari delle singole amministrazioni" (Art.37).

Per i dipendenti affetti da forme morbose di cui agli artt.1, 2 e 3 del Decreto Ministero Sanità dell'1.2.91 e successive modificazioni, quindi anche quelli affetti da diabete mellito, nel periodo di congedo straordinario non viene operata alcuna riduzione retributiva (cfr. Legge 537 del 24 dicembre 1993). Il congedo straordinario è discrezionale e deve essere autorizzato dall'azienda sulla base di una certificazione medica.

Attenzione: è una misura prevista solo per i dipendenti del settore pubblico.

Permessi per motivi di famiglia

Fatte salve migliori condizioni previste da contratti di categoria o aziendali o altro, ogni lavoratore ha diritto ogni anno a 3 giorni di permessi retribuiti in caso di:

- decesso o grave infermità di coniuge, genitori, figli o fratelli anche non conviventi
- decesso o grave infermità di qualunque soggetto componente la famiglia anagrafica (ai sensi del D.P.R. 223/1989 Art. 4). In pratica qualunque persona risulti convivente a qualsiasi titolo in maniera stabile e abbia residenza nello stesso Comune
- condizioni e situazioni dello stesso lavoratore che non possono essere considerate 'malattia'.

Il lavoratore avvertirà il prima possibile l'azienda ma è nella natura di questo tipo di permesso la sua non prevedibilità.

Previo accordo con il datore di lavoro i 3 giorni possono essere usufruiti in diverse maniere, per esempio 6 mezze giornate.

Se richiesto l'evento deve poter essere documentato con le certificazioni sanitarie del caso.

Due anni non retribuiti

Fatte salve migliori condizioni previste da contratti di categoria o aziendali o altro nell'arco della sua vita lavorativa ogni lavoratore può chiedere fino a due anni di congedo, anche frazionabili per gravi motivi di salute di un familiare. Si intendono anche qui per familiari

- coniuge, genitori, figli o fratelli anche non conviventi
- qualunque soggetto componente la famiglia anagrafica (ai sensi D.P.R. 223/1989 Art. 4), in pratica qualunque persona risulti convivente a qualunque titolo in maniera stabile e abbia residenza nello stesso Comune.

Anche in questo caso il congedo può essere dovuto a condizioni e situazioni dello stesso lavoratore che non possono essere considerate 'malattia' non sono compatibili con l'attività lavorativa.

Diabete ed INPS

Il diabete mellito è tra le patologie considerate invalidanti ed è possibile accedere a tutte le agevolazioni, in relazione al grado di invalidità, previste dalle leggi attuali 118/1971 e successive modifiche, in particolare la L. 102 /2009 ed ha diritto di usufruire dei relativi benefici previsti dalla

Legge. Lo Stato attraverso la predisposizione di norme specifiche garantisce forme di tutela rivolte al soggetto diabetico, mirate sia alla gestione della malattia, tramite il riconoscimento dell'invalidità civile, sia all'inserimento nel mondo del lavoro con la Legge 68/99, attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Ne possono usufruire le persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e i disabili intellettivi, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento; le persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Inail. Inoltre la Legge 68/99 stabilisce che le aziende private e pubbliche con più di 15 dipendenti al netto dalle esclusioni, siano tenute ad avere alle proprie dipendenze lavoratori appartenenti alle categorie protette (disabili) iscritti in appositi elenchi dell'Agenzia del lavoro della provincia di riferimento.

In base alla L.68/99, norme per il diritto al lavoro dei disabili, la presentazione della domanda per invalidità civile, cecità civile e sordità civile può essere effettuata per avere diritto a

- a) inserimento nelle liste per la collocazione obbligatoria,
- b) elevazione dei limiti di età nei concorsi pubblici,
- c) diritto ad ottenere mansioni compatibili con l'infermità invalidante,
- d) maggiori garanzie per la conservazione del posto di lavoro,
- e) eventuale diritto ad alcune forme di sovvenzionamento.
- f) il diritto ad acquisire l'indennità di accompagnamento (cioè una pensione aggiuntiva che non fa reddito e serve per agevolare l'assistenza di chi necessita di una persona che lo accompagni negli atti della vita, per esempio l'amputato di piede, il cardiopatico severo, colui che con il diabete ha avuto una complicanza, per es. un ictus).

Altri diritti sono sanciti dalla L. 104/1992, Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, e successivi decreti ministeriali riguardano permessi e altre agevolazioni per l'assistenza al diabetico.

A favore dei minori con diabete mellito di tipo 1 sono previsti il beneficio dell'indennità di frequenza ed il riconoscimento dell'handicap grave con previsione di revisione al compimento del diciottesimo anno.

Negli adulti l'entità di queste agevolazioni dipende dal grado di invalidità classificato in 4 classi di gravità regolata da tabelle di riferimento e valutata da una Commissione Medica legale presso le Aziende Sanitarie di appartenenza. Le percentuali per classificare il grado di invalidità legato alla malattia diabetica sono tipizzate in base ad un codice definito dal decreto Ministeriale n.43 del 5/2/1992 vedi Tab VIII.B1.

Cod.	Fascia	Min	Max
93.09	Diabete mellito tipo 1° o 2° con complicanze micro-macroangiopatiche con manifestazioni cliniche di medio grado (Classe III)	41	50
93.10	Diabete mellito insulino-dipendente con mediocre controllo metabolico e iperlipidemia o con crisi ipoglicemiche frequenti nonostante terapia (Classe III)	51	60
93.11	Diabete mellito complicato da grave nefropatia e/o retinopatia proliferante, maculopatia, emorragie vitreali e/o arteriopatia ostruttiva (Classe IV)	91	100

Decreto Ministeriale n.43 del 5/2/1992

Al di sotto del 41% il paziente con diabete non ha diritto ai benefici sanciti dalla L. 104/1992.

I cittadini diabetici con una invalidità civile superiore o uguale al 46% hanno diritto al collocamento mirato al lavoro (L. 68/99). L'inserimento nelle categorie protette del lavoro avviene qualora il paziente abbia una percentuale di invalidità superiore al 46% secondo la tabella INAIL ed il parere della commissione INPS. Non è detto però che tutti i soggetti affetti da diabete possano usufruire di questo beneficio. È a rischio, ad esempio, chi rientra nella prima fascia, cioè quella con la percentuale dal 41% al 50%. I diabetici possono confrontarsi con i patronati per capire se hanno diritto ad essere inseriti in una categoria protetta. L'assegno di inabilità viene erogato quando la malattia è in uno stadio avanzato, a tal punto di non consentire al paziente di condurre una vita normale pur seguendo una cura specifica. L'assegno è concesso ai soggetti che soffrono di diabete mellito a cui segue una grave forma di nefropatia (malattia dei reni) e/o retinopatia (pesanti disturbi visivi) ed altre patologie che portano la percentuale di invalidità ad una forbice tra il 91% ed il 100%. Sono necessari almeno 5 anni di contributi, di cui 3 anni versati nell'ultimo quinquennio. La pensione per inabilità alle mansioni o a proficuo lavoro è assegnata ai soli dipendenti pubblici (i requisiti di contribuzione sono diversi a seconda del tipo di pensione e per i dipendenti dello Stato, degli enti locali e del comparto sanità pubblica)

L'assegno ordinario offerto dall'Inps ai suoi assicurati dipende dai contributi versati ma può affiancarsi a una attività lavorativa.

Il figlio, anche maggiorenne, se dichiarato inabile dall'Inps e se ha un reddito inferiore a 15.154,74 euro può ottenere la pensione di reversibilità del genitore.

L'indennità di accompagnamento (circa 5500 euro annui) è prevista per le persone con invalidità del 100%. Chi ha una invalidità pari o superiore al 75% ottiene un bonus detto maggiorazione contributiva pari a due mesi per ogni anno lavorato nel limite massimo di 5 anni.

Dal 2010 è entrata in vigore la Legge n. 102 del 3 agosto 2009 che ha posto in capo all'INPS la gestione di tutta la procedura e si è posta l'obiettivo di contenere in 120 giorni la durata del procedimento dalla richiesta alla eventuale concessione delle indennità.

Il paziente deve chiedere all'INPS un PIN (un codice simile a quello usato per il Bancomat) con il quale accedere alla procedura e informazioni sulla procedura stessa.

Il secondo passo è chiedere a un medico un certificato contenente le patologie a causa delle quali si chiede il riconoscimento della invalidità civile. Il Medico (che dovrà avere una apposita autorizzazione dell'INPS) invierà via internet il certificato all'Inps e rilascerà al paziente una ricevuta contenente il "codice di trasmissione".

Con il Pin e il codice di trasmissione il paziente può inoltrare la domanda. A quel punto verrà fissata dall'INPS e comunicata al richiedente la data per la visita entro 30 giorni per le visite ordinarie ed entro 15 per i tumori.

Se la degenza avviene in casa l'INPS può disporre visite a domicilio (note come visite fiscali). Queste possono avvenire dalle 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19 di ogni giorno, compresi i festivi.

Diabete e categorie protette

Entrare a far parte delle "categorie protette" è molto importante per chi aspira a un posto pubblico (offre maggiori punteggi nei concorsi) o privato. Si entra infatti in una lista di 'collocamento mirato' con un ruolo di primo piano.

Secondo il Dlgs 151/2015, il datore di lavoro che assume una persona disabile anche solo del 45% riceve per 5 anni un contributo pari al 70% della retribuzione per assunzioni a tempo indeterminato o a tempo determinato di durata non inferiore a 12 mesi. Uno 'sconto' di grande rilevanza. I requisiti per ottenere il collocamento mirato sono meno stringenti di quelli chiesti per un assegno o una pensione d'inabilità. Secondo la Legge 68/1999 hanno diritto al collocamento mirato disabili fisici, sensoriali e psichici con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45% o una cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a un decimo in entrambi gli occhi in età lavorativa. La persona interessata può chiedere all'Ufficio per il collocamento (oggi Centro per l'impiego) della sua zona l'iscrizione all'Elenco dei lavoratori disabili. I datori di lavoro privati e pubblici possono attingere da questo elenco per scegliere le persone con le quali coprire la quota

di posti riservati alle categorie protette. Assumere persone da queste liste è per il datore di lavoro insieme un obbligo e un vantaggio. L'accertamento è effettuato dalle Commissioni previste dalla Legge 104, le stesse cui è richiesto di valutare l'esistenza di un handicap. Si tratta poi della stessa Commissione che, integrata da un operatore sociale e da un esperto, nei casi da esaminare valuta le domande di pensione d'invalidità civile e d'indennità di accompagnamento. Nulla impedisce che l'accertamento ai fini del collocamento mirato avvenga nella stessa sessione che ha stabilito l'esistenza dell'handicap o ha valutato la domanda di invalidità civile. In questo caso l'accertamento avviene per così dire in via 'preventiva'.

L'accertamento che avvenga in via preventiva o secondo la prassi normale consiste in tre documenti:

- una cosiddetta "diagnosi funzionale" che definisce le conseguenze; dell'handicap sulla capacità globale attuale e potenziale della persona;
- un profilo socio lavorativo della persona (questo in accordo con il Comitato Tecnico istituito presso i Centri per l'impiego);
- una relazione conclusiva che formula suggerimenti sulle forme di sostegno e sugli interventi che possono essere necessari per il suo inserimento nel lavoro.

L'iter secondo la prassi deve concludersi entro 4 mesi dalla data della prima visita. Le relazioni sono poi inviate alla ASL, al Comune, all'Ufficio del lavoro e all'interessato. Una volta ammessa alle liste, la persona dovrà presentarsi ai colloqui di lavoro organizzati dall'Ufficio.

Se per due volte consecutive la persona disabile rifiuta senza motivo valido un posto di lavoro ritenuto consono, la persona non riceverà offerte di lavoro per sei mesi.

La semplice iscrizione alle liste speciali non garantisce l'assunzione. L'azienda non è obbligata ad assumere le persone 'prime in lista'. Il lavoratore deve quindi farsi parte attiva nella ricerca del 'posto'. Sicuramente l'essere iscritto alle Liste di collocamento mirato rappresenta un vantaggio.

Basta il 46% d'invalidità per ottenere il collocamento mirato, una delle più interessanti istituzioni a favore dei disabili per così dire 'medi', ma l'iter è piuttosto complesso.

Come chiedere l'invalidità

La richiesta di invalidità civile va fatta dopo che il diabete è stato diagnosticato e, successivamente, certificato dal medico di medicina generale curante. Il paziente può appoggiarsi ad un patronato per effettuare questa operazione. L'Inps convocherà l'interessato per una visita medica davanti all'apposita Commissione, la quale si pronuncerà accogliendo o rifiutando la domanda. Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta, l'interessato può contestare il verbale e fare ricorso entro 6 mesi dalla notifica.

Per attivare la nuova procedura per il riconoscimento del proprio stato di handicap o di invalidità, occorre andare da un medico abilitato alla compilazione telematica del certificato medico introduttivo che attesti la natura delle infermità invalidanti. La compilazione e la trasmissione telematica del certificato viene effettuata tramite il sistema informatico dell'INPS ed è quindi consentita ai soli medici abilitati. I medici certificatori devono infatti essere accreditati presso il sistema dell'INPS, cioè essere in possesso del PIN (un codice numerico personalizzato), per permettere di identificarli in ogni successiva certificazione. L'elenco aggiornato dei medici certificatori accreditati è consultabile sul sito web dell'INPS.

La domanda di accertamento, da abbinare al certificato medico, può essere presentata all'INPS:

- *dagli Enti di patronato*. Gli Enti di patronato sono gli unici organismi abilitati all'utilizzo della procedura per seguire l'intero procedimento, dalla parte relativa all'accertamento sanitario fino all'eventuale pagamento delle provvidenze economiche (messaggio INPS del 29/01/2010);
- *dalle associazioni di categoria dei disabili*. ANMIC (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili), ENS (Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza dei Sordi), UIC (Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti) e ANFFAS (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabili).

Tali associazioni sono tuttavia abilitate a utilizzare la procedura solo per la compilazione e trasmissione telematica delle domande.

Diabete e privacy

Diverse leggi proteggono la riservatezza delle informazioni relative alla salute della persona. Per quel che riguarda la salute sul posto di lavoro la situazione è complessa in quanto il D.Lgs 626/94 ha creato una figura, quella del Medico Competente, che è in parte vincolato alla segretezza professionale, in parte ha mandato di assicurare che le mansioni (o altri aspetti del lavoro) affidate a ciascun lavoratore non configurino dei rischi sanitari.

Le aziende quindi non solo possono chiedere prima dell'assunzione una visita medica, ma altre visite sono previste secondo il protocollo sanitario deciso dal Medico Competente, il quale dovrà verificare l'esistenza di rischi sanitari e di idoneità relative a specifici aspetti del lavoro svolto.

Nel corso di queste visite il lavoratore è obbligato a dichiarare di avere il diabete o a rispondere in maniera veritiera a una domanda specifica? La risposta è ambigua.

Moralmente sarebbe obbligato, soprattutto nel caso gli venga posta una domanda specifica. Ma a differenza di quel che accade per esempio per la dichiarazione per il rinnovo della patente, una mancata dichiarazione o perfino una dichiarazione mendace non hanno risvolti penali e non possono essere causa di risoluzione del rapporto di lavoro (fanno eccezione i casi in cui il diabete determina esplicitamente l'esclusione da un determinato lavoro come accade per i piloti di linea e i controllori di volo insulinodipendenti).

Le ulteriori visite mediche possono essere quindi sia "di routine", ossia periodiche, secondo quanto previsto nel documento di valutazione del rischio, sia richieste dal datore di lavoro che, in qualsiasi momento, può richiedere una visita da parte di un Istituto di Medicina del Lavoro, sia richieste dal lavoratore stesso.

Non è facile decidere quando è il caso di dichiarare la presenza di una patologia e quando invece è preferibile la riservatezza.

Diabete e lavoro in gravidanza

Permessi, limiti precisi alle mansioni ed esonero dal lavoro notturno sono previsti per tutte le donne in gravidanza. Tutte le donne in gravidanza non solo possono ma devono astenersi dal lavoro per quattro mesi. Questo periodo, detto di 'astensione obbligatoria', è pienamente retribuito.

Non retribuiti, ma coperti da contributi, i permessi per malattia sono illimitati fino al terzo anno di età e limitati a 5 giorni all'anno fino all'ottavo anno.

La presenza di diabete (già presente prima della gravidanza – pregestazionale - o manifestato in gravidanza – gestazionale) configura una condizione di Gravidanza a Rischio. Il diabete sarà certificato dal Diabetologo mentre la condizione di gravidanza a rischio sarà certificata da ginecologo (in alcune regioni anche dal diabetologo). La condizione di gravidanza a rischio comporta l'esenzione dal pagamento dei tickets (esenzione M50).

Visite e condizioni di lavoro in gravidanza

Prima del concepimento

La donna con diabete che intende concepire deve raggiungere prima e durante il concepimento un perfetto equilibrio glicemico. Questo richiede un gran numero di incontri con il Team diabetologico. Ovviamente, non essendo ancora intervenuta la gravidanza, la donna non può accedere al regime di permessi speciali previsti per la gestante. Dovrà quindi utilizzare per le visite i permessi normalmente attribuiti alla lavoratrice.

Permessi per visite

Diverso il caso per la donna che sviluppa il diabete durante la gravidanza. In questo caso gli incontri necessari per mettere a punto un intervento dietologico possono essere inseriti nei permessi retribuiti (l'art. 14 del Testo Unico richiama il D. Lgs 645/199). Per effettuare esami, accertamenti clinici o visite mediche specialistiche, devono farne richiesta al datore di lavoro e presentare una documentazione.

Orari e mansioni

Durante tutta la gravidanza la donna non può essere adibita a mansioni che possono pregiudicare la salute sua o del nascituro. Sono esempi di lavoro a rischio:

- lavori che prevedono il sollevamento e il trasporto di pesi
- lavori che obbligano a stare in piedi per più di metà dell'orario di lavoro o che comportano posizioni affaticanti
- lavori effettuati con l'ausilio di scale o che comportano il rischio di cadute
- lavori che espongono a sostanze tossiche, nocive e irritanti
- lavori che espongono a radiazioni ionizzanti e a rischio biologico
- lavori a contatto con macchine o utensili che trasmettono intense vibrazioni
- lavori effettuati su mezzi di locomozione in moto
- lavori eseguiti in ambienti molto polverosi o rumorosi o con condizioni microclimatiche sfavorevoli.

Qualora ritenga la mansione potenzialmente pericolosa, la donna può chiedere al Medico Competente dell'azienda, e se questo non esiste o non concorda, all'Ispettorato del Lavoro, di esserne esentata. In questo secondo caso dovrà allegare una certificazione medica.

Lavoro notturno

È vietato adibire le donne al lavoro notturno (dalle 24 alle 6) per tutto il periodo della gravidanza e nel primo anno di vita del bambino.

Non sono obbligati a prestare lavoro notturno la lavoratrice madre di un figlio fino a 3 anni o il padre convivente con la stessa. Se la lavoratrice, o il lavoratore, è l'unico genitore affidatario, la possibilità di non accettare si estende fino a 12 anni.

Idoneità al lavoro della Persona con obesità (D.Lgs. 81/08 art.174, comma 1, art. 28, art.183)

Il sovrappeso e l'obesità spesso coesistono nella persona con diabete. La visita medica di idoneità deve valutare, in base al grado di obesità e allo stato di salute generale dell'individuo, la possibilità di svolgere in sicurezza i compiti lavorativi.

L'eventuale presenza di disturbi cardiaci, psichiatrici, ortopedici, o di OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) deve essere attentamente vagliata, soprattutto in riferimento a mansioni con rilevanti richieste fisiche o mentali, o con elevati livelli di responsabilità (79).

È necessario considerare tutti i rischi, analizzando l'ergonomia del posto di lavoro adattando le misure di prevenzione alle esigenze dei lavoratori appartenenti a "gruppi particolarmente sensibili al rischio".

Nella normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/08) troviamo diversi riferimenti indiretti alle problematiche del lavoratore obeso: la necessità di considerare tutti i rischi (art. 28), analizzando l'ergonomia del posto di lavoro (art. 174, comma 1), adattando le misure di prevenzione alle esigenze dei lavoratori appartenenti a "gruppi particolarmente sensibili al rischio" (art. 183). La visita medica di idoneità deve valutare, in base al grado di obesità e allo stato di salute generale dell'individuo, la possibilità di svolgere in sicurezza i compiti lavorativi.

Tabella I. Mansioni che comportano un incremento di rischio per l'obeso

Esempi di mansioni	Caratteristica della mansione	Fattori di rischio	Principali effetti negativi per la salute dell'obeso
conducente (autovetture, mezzi pubblici, autotreni, ecc.)	elevati livelli di attenzione, posture fisse del corpo prolungate	rallentamento tempi di reazione, episodi di sonnolenza diurna,	disturbi del ritmo sonno-veglia, affaticamento, ansietà, disfunzioni metaboliche, accresciuto rischio di infortunio
controllore di volo, operatore al VDT	compiti di inseguimento visivo, detezione e controllo di segnali	mancata detezione di segnali, errori, ritardo di reazione ridotta vigilanza	ansietà, affaticamento
posatore di pavimenti, lavoratore edile	posizione inginocchiata prolungata	pressione sulle ginocchia	assunzione di posture disequilibrate, dolore osteoarticolare e muscolare, osteoartrite, disabilità
commesso, addetto a servizi, addetto a macchinari	postura eretta prolungata	compressione lombare, sulla pelvi e sugli arti inferiori	posture scorrette, dolore osteoarticolare, low back pain, disabilità
impiegato, addetto VDT, telefonista, operatore call-center	postura seduta prolungata	compressione lombare e sulla pelvi	dolore osteoarticolare, posture disequilibrate, low back pain, sindrome metabolica, disturbi circolatori e della respirazione
infermiere, terapeuta, magazziniere, addetto a servizi di emergenza	movimentazione di carichi e/o di persone	sovraccarico biomeccanico di rachide e articolazioni	dolore osteoarticolare, posture disequilibrate, sindrome metabolica, disturbi nella respirazione.
manutentore, muratore	esposizione a vibrazioni localizzate (HAV)	infiammazione di nervi e tendini, carico articolare, vasocostrizione da ipertono simpatico	angiopatia, neuropatia prevalentemente sensitiva, infiammazione di nervi e tendini, alterazioni osteoarticolari
manutentore, lavoratore edile	lavoro in altezza	richiesta di agilità ed equilibrio	accresciuto rischio di infortunio
lavori artigianali di precisione (ottico, orafo, restauratore) o lavori ripetitivi (dattilografia...)	movimenti fini delle dita e delle mani	impegno degli arti superiori (precisione, velocità e resistenza nei movimenti fini)	disturbi muscolo scheletrici
manutentore, assemblatore, operatore nel comparto alimentare	lavoro ripetitivo con posture incongrue/applicazione di forza (arti superiori)	sovraccarico biomeccanico articolare, infiammazioni dei nervi	disturbi muscolo scheletrici
operaio, manutentore, agricoltore, impiegato in servizi nautici, addetto a celle frigorifere, addetto a forni	lavoro all'aperto, con escursioni termiche rilevanti, lavoro in ambienti confinati con microclima avverso	sovraccarico termoregolatorio	disturbi della termoregolazione, colpo di calore, intolleranza allo sforzo, insufficienza respiratoria
vigile del fuoco, addetto a servizi di sicurezza	lavoro in urgenza, in situazioni ambientali estreme, con uso di dispositivi di protezione individuale	rilevante dispendio energetico (rischio cardiovascolare, aumento delle pressioni respiratorie)	patologie cardiovascolari, dispnea
lavoratore edile, operaio metallurgia pesante	lavoro fisicamente gravoso	rilevante dispendio energetico (rischio cardiovascolare)	patologie cardiovascolari, intolleranza allo sforzo

da: *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:1

Commento

I riferimenti normativi In questo momento, le più rilevanti norme che prevedono misure di compensazione per gli svantaggi derivanti da minorazioni psico-fisiche riguardo all'accesso al lavoro ed al suo mantenimento materia di accesso al lavoro ed al suo mantenimento, sono due:

a) La Legge n. 68/1999 prevede che i datori di lavoro pubblici e privati siano tenuti a mantenere alle proprie dipendenze una quota di lavoratori affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali da assumere in misura e con modalità variabili a seconda del numero degli occupati.

Possono essere assunti con tale modalità le persone in età lavorativa con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%.

L'accertamento delle condizioni di disabilità è svolto dalle Commissioni previste dalla Legge 104/92.

b) La Legge n. 104/1992 prevede misure di sostegno alle persone che presentino una minorazione fisica, psichica o sensoriale che sia causa di difficoltà di apprendimento di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Particolari agevolazioni sono concesse nel caso di minorazione connotata da gravità, che sussiste quando "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".

In caso di presenza di handicap grave, ai sensi dell'art. 33 della Legge, alcuni diritti in ambito lavorativo (permessi, scelta della sede) sono concessi altresì ai genitori o ai parenti ed affini della persona con handicap grave.

L'accertamento delle condizioni di disabilità è svolto dalle Commissioni previste dalla Legge 104/92. In entrambi i casi, la valutazione del "grado" di "minorazione" è svolta dalle Commissioni mediche che, ove necessario, sono integrate da un operatore sociale e da un esperto, tuttavia, l'oggetto della valutazione, e quindi i criteri che le Commissioni dovranno applicare sono differenti.

c) In particolare la Legge n. 68/1999.

Per quanto riguarda i benefici della Legge n. 68/1999, l'indicazione dei destinatari è chiara: si tratta di coloro che siano affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali. Non tutte le minorazioni sono prese in considerazione ma soltanto quelle che: provocano una "riduzione della capacità lavorativa" ed condizione che la riduzione della capacità lavorativa sia (seppur con talune eccezioni) superiore al 45%.

Ciò significa che l'attenzione di chi debba valutare il grado di invalidità deve soffermarsi non tanto sul profilo soggettivo della minorazione, quanto sulla idoneità della minorazione a compromettere la capacità lavorativa del soggetto. In definitiva, sia la gravità della malattia che la sua prognosi, di per sé, sono indifferenti.

Per quanto riguarda la malattia diabetica, ciò significa che in nessun caso la semplice presenza della patologia, priva di complicanze, può comportare, di per sé, il riconoscimento di una minorazione che comporti una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 45%.

Ciò che può ridurre la capacità lavorativa, pertanto, non è la sua malattia, bensì le complicanze invalidanti. Queste possono incidere sulla capacità lavorativa. Dal punto di vista giuridico, il medico che debba attestare la riduzione della capacità lavorativa dovrà giustificarlo in quanto la malattia diabetica comporti, nel soggetto esaminato, complicanze tali da ridurre la sua capacità lavorativa nella misura indicata dalla Legge.

Non può neppure sottacersi che la Legge fissa una soglia di riduzione della capacità da valutare in comparazione con altre categorie di persone affette da minorazioni, di altra natura, tali da comportare una difficoltà nell'accesso al lavoro. Detto in altri termini: a quali minorazioni derivanti da altre patologie corrisponde la complicanza invalidante del soggetto affetto da malattia diabetica?

In definitiva, per quanto riguarda i benefici di cui alla Legge n. 68/1999, può pacificamente affermarsi che la sussistenza della malattia diabetica, indipendentemente dalla sua gravità, non può comportare una riduzione della capacità lavorativa e quindi, a maggior ragione, non può mai giustificare il riconoscimento di una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 45% la riduzione della capacità lavorativa va accertata e giustificata sulla base della presenza di fattori invalidanti, ovviamente anche causati dalla malattia; la valutazione va fatta tenendo conto che viene applicato un coefficiente da confrontare non con altre persone affette dalla medesima patologia in misura più o meno grave, bensì con persone affette da minorazioni causate da altri e differenti eventi o patologie.

d) In particolare la Legge n. 104/1992

La ratio della Legge n. 104, nonostante la presenza di analogie, è sostanzialmente diversa. La Legge n. 68/1999 è costruita sulla premessa di un accertamento della riduzione della capacità lavorativa, la Legge del 1992, invece, fa riferimento alla riduzione della autonomia della persona. Per quanto riguarda la misura della menomazione, la soglia che rende il soggetto destinatario delle misure stabilite dalla Legge non è espressa con riferimento ad una percentuale, bensì con un aggettivo che la qualifica: dovrà trattarsi di una "grave" minorazione. Ed una minorazione è definita grave, secondo quanto stabilito dal legislatore, quando: "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".

In questo caso, è ancor più evidente l'assenza di qualunque automatismo tra il requisito richiesto per il riconoscimento della gravità della minorazione e la sussistenza della malattia diabetica sia sotto il profilo della natura (riduzione della autonomia versus riduzione della capacità lavorativa), sia sotto il profilo dell'entità della minorazione (necessità di intervento assistenziale permanente versus riduzione del 45% della capacità lavorativa).

In apparenza, il riferimento alla specificità della patologia diabetica sembrerebbe ancora più sfumato. Posto che, in questo caso la condizione richiesta non è certamente la presenza della malattia diabetica, ma neppure, di per sé, a presenza di complicazioni invalidanti, bensì la sussistenza di una riduzione della autonomia personale della persona che renda necessario un intervento assistenziale permanente e continuativo.

Tutto ciò induce a ritenere che, per quanto riguarda la Legge n. 104/1992, a differenza di quanto detto a proposito della Legge n. 68/1999, anche per la tipologia degli interventi previsti a favore delle persone che integrino i requisiti stabiliti dalla Legge (tra cui i permessi concessi al coniuge, parenti e affini), la situazione più tipica sia quella del minore al quale venga per la prima volta diagnosticato il diabete.

La manifestazione del diabete in un minore, di per sé, non configura affatto una riduzione della capacità lavorativa. Anzi al contrario, siamo indotti a ritenere che per i minori in tenera età si prospetti una qualità della vita (ed una capacità lavorativa) affatto migliore rispetto al passato. Ovviamente, ipotizzando che nei loro confronti venga instaurato un trattamento terapeutico-educativo coerente con i moderni standard.

Se non è ipotizzabile una riduzione della capacità lavorativa, tuttavia, ben può ipotizzarsi, nella prima fase di insorgenza della malattia, una situazione di grave riduzione dell'autonomia personale. L'insorgere della patologia diabetica, infatti, determina, all'interno del nucleo familiare, un evidente disagio psicologico ed organizzativo che può rivestire carattere di gravità. In questa prima fase potrebbero presentarsi problemi psicologici di accettazione della malattia da parte dei familiari più stretti, può verificarsi una alterazione dei ritmi organizzativi della famiglia, che potrebbe essere accentuata seconda dell'attività lavorativa svolta dai genitori, potrebbe rendersi indispensabile la presenza dei o di un genitore in alcune fasi della somministrazione della terapia, etc. Si presentano, in altri termini tutte le condizioni (necessità di un intervento assistenziale, permanente e continuativo) che giustificano l'applicazione delle misure indicate dall'art. 33 della Legge. Si tratta di una situazione che, verosimilmente, ha carattere transitorio, cioè destinata a venire meno, una volta superato il trauma collettivo e consolidati i ritmi connessi alla gestione

della patologia. Il fatto che la Legge faccia riferimento ad un intervento assistenziale “permanente”, non deve trarre in inganno. In definitiva, laddove il primo accertamento della malattia diabetica produca le condizioni che integrando la previsione di cui all’art. 3 della Legge n. 104, seppure con carattere di transitorietà, è del tutto giustificato che la Commissione possa ritenere di trovarsi in presenza di una minorazione con “connotazione di gravità” tale da giustificare l’applicazione di quanto disposto dall’art. 33 della stessa Legge. È possibile che, in tal caso, la medesima Commissione possa stabilire l’arco temporale entro il quale tale connotazione di gravità debba essere riconosciuta e stabilire, eventualmente, una data per verificare il perdurare o il superamento di tale, transitoria, grave minorazione. In realtà la c.d. 104 resta valida fino al compimento del 18° anno.

Conclusioni

Posto che la previsione legislativa, sia nell’ambito della Legge n. 68/1999 che della Legge n. 104/1992, si concreta con una decisione che comporta sicuramente una discrezionalità tecnica, e posto che le strutture destinate a stabilire il grado di riduzione delle capacità lavorativa ai fini dell’inserimento lavorativo e la condizione di grave riduzione dell’autonomia personale sono distribuite nel territorio, si osserva l’applicazione di criteri non omogenei nel territorio nazionale. Ciò fa sì che situazioni identiche o simili vengano trattate in maniera differente a seconda dell’area geografica o della Commissione preposta all’accertato.

Una differente interpretazione di situazioni apparentemente uguali da parte di differenti Commissioni di valutazione, anche in considerazione del forte *intuitus personae* insito nella materia, può ritenersi fisiologico. Tuttavia le disparità segnalate possiedono, non di rado, carattere eclatante e quindi tali da determinare una situazione di effettiva e non giustificata disparità di trattamento tra persone che si trovano in analoghe situazioni.

Il rimedio, ovviamente, non può essere cercato a livello legislativo ma, piuttosto, con l’emanazione di linee guida uniformi sul territorio nazionale in grado di indicare criteri comparabili ed oggettivi che favoriscano l’adozione di decisioni uguali in presenza di situazioni analoghe. È indispensabile che vengano correttamente intese la lettera e lo spirito della Legge, anche nel loro carattere evolutivo, perché siano i tecnici ad indicare linee di comportamento tali da garantire una più corretta ed uniforme applicazione della Legge su tutto il territorio nazionale, riportando ad un livello fisiologico le possibili disparità di interpretazione.

Proposta di valutazione del DIABETE MELLITO per HANDICAP e per INVALIDITA' CIVILE

	fino a 6 anni	da 7 a 10 anni	da 10 a 14 anni	da 14 a 18 anni	da 18 a 65 anni	oltre 65 anni
Senza complicanze e in buon compenso	IF - HG	IF - HG - x 3 anno se di recente insorgenza - x 1 o 2 anni se di datata insorgenza	IF - HG - x 2 anni se di recente insorgenza x1 anno se di datata insorgenza	IF - HG - x 1 anno se di recente insorgenza	Tipo 1° 25% - NH Tipo 1° 25% - NH	NI - NH
Complicanze renali	IF - HG	IF - HG x 3 anni	IF - HG x 2 anni	IF - HG x 1 anno	50% - NH o HNG	50% - NH o HNG
Complicanze renali gravi	IF - HG	IF senza scadenza HG x 5 anni	IF senza scadenza HG x 3 anni	IF senza scadenza HG x 2 anni	30% + danno renale HG o HNG	30% + danno renale HG o HNG
Complicanze neurologiche renali	IF - HG	IF - HG x 3 anni	IF - HG x 3 anni	IF - HG x 1 anno	50% NH o HNG	50% NH o HNG
Complicanze neurologiche gravi	IF - HG	IF senza scadenza HG x 5 anni	IF senza scadenza HG x 3 anni	IF senza scadenza HG x 2 anni	30% + danno neurologico HG o HNG	30% + danno neurologico HG o HNG
Complicanze cardiovascolari	IF - HG	IF - HG x 3 anni	IF - HG x 2 anni	IF - HG x 1 anno	50% NH o HNG	50% NH o HNG
Complicanze cardiovascolari gravi	IF - HG	IF senza scadenza HG x 5 anni	IF senza scadenza HG x 3 anni	IF senza scadenza HG x 2 anni	30% + danno vascolare HG o HNG	30% + danno vascolare HG o HNG
Complicanze retiniche	IF - HG	IF - HG x 2 anni	IF - HG x 2 anni	IF - HG x 1 anno	30% + danno sensoriale HG o HNG	30% + danno sensoriale HG o HNG
Complicanze retiniche gravi	IF - HG	IF senza scadenza HG x 5 anni	IF senza scadenza HG x 3 anni	IF senza scadenza HG x 2 anni	30% + danno sensoriale HG o HNG	30% + danno sensoriale HG o HNG
In mediocre compenso	IF - HG	IF - HG x 3 anni	IF - HG x 2 anni se di recente insorgenza	IF - HG x 1 anno	Tipo 1° 30% - Tipo 2° 20% HNG x 2 anni	35% HNG x 2 anni
In grave compenso	IF - HG	IF - HG x 3 anni	IF - HG x 2 anni se di recente insorgenza	IF - HG x 1 anno	Tipo 1° 35% - Tipo 2° 25% HNG x 1 anni	35% HNG x 2 anni

SCALA DELLE COMPLICANZE

Diabete di tipo 1 o tipo 2 con complicanze renali:

- con MAU (microalbuminuria) presente (rapporto A/C albumina/creatinina), senza riduzione del GFR (filtrato glomerulare) - nessun grado
- con Macroalbuminuria e GFR > 60 - 1° livello
- con Proteinuria e GFR < 60 > 30 - 2° livello
- con GFR < 30 - 3° livello
- ESRD - 4° livello

Diabete di tipo 1 a 2 con complicanze neuralgiche

- Con neuropatia sensitivomotoria periferica non dolorosa e senza turbe della deambulazione - nessun grado
- Con neuropatia autonoma CV comprovata - 1° livello
- Con neuropatia periferica dolorosa 0 con turbe della deambulazione - 2° livello
- Con neuropatia autonoma extracardiaca (vescicale, digerente, hypoglycemia unawareness) - 3° livello
- Con associazione di neuropatia periferica ed autonoma con Hypoglycemia unawareness - 4° livello

Diabete di tipo 1 a 2 con complicanze retiniche

- per retinopatia "background" senza riduzione del visus nessun grado
- per retinopatia background e riduzioni del campo visivo secondarie a FC laser - 1° - 2° livello
- per retinopatia proliferante e/o edema maculare - 3° - 4° livello

Diabete di tipo 1 e 2 con "piede diabetica":

- in presenza di ulcera attiva e/o di esiti di ulcere con persistenza di fattori di rischio evolutivo - 2° livello
- in presenza di amputazioni minori o maggiori - 3° - 4° livello

MAU = microalbuminuria
A/C = albumina/creatinina
GFR = Glomerular filtration rate
ESRD = End-Stage Renal Disease
CV = cardiovascolare
FC = fotocoagulazione

NI: non invalido - IF: indennità di frequenza - IA: indennità di accompagnamento - HG: handicap grave - HNG: handicap non grave - NH: non handicap grave.
Le proposte valutative sono inerenti le prime visite e non le revisioni (queste ultime sono effettuate oramai dalle commissioni INPS).
Per le valutazioni comprese tra i 20 e 30 punti percentuali potrebbe essere usato, con criterio analogico, il codice 6465 inerente la pancreatite cronica 2° classe.

Da "La tutela del Diabetico"

Criticità

Non sempre una mansione è idonea alla salute di una persona con il diabete. Il diritto alla salute, inviolabile, rischia di trasformarsi in un boomerang.

Basta il 46% d'invalidità per ottenere il collocamento mirato, una delle più interessanti istituzioni a favore dei disabili per così dire 'medi', ma l'iter è piuttosto complesso.

Chi chiede il part-time o trova difficile adeguare la terapia ai ritmi e agli orari imprevedibili del lavoro, non ha la giurisprudenza dalla sua parte.

Senza una dichiarazione di handicap o disabilità, l'esigenza di curare meglio se stessi o gli altri non rappresenta un diritto assoluto da far valere in azienda.

Esiste un problema per i permessi per le visite mediche soprattutto per i dipendenti non pubblici.

Pluralità di visite: i minori sono soggetti a riconoscimenti per brevi periodi e quindi ad ogni rinnovo devono effettuare una nuova visita e ciò si ripete fino alla maggiore età

Le famiglie sono impreparate (com'è comprensibile) ad affrontare l'iter di riconoscimento dei benefici della L.104 e manca quasi sempre un riferimento legale a cui rivolgersi per affrontare la visita o l'eventuale successivo ricorso.

Proposte e raccomandazioni

Rendere possibile utilizzare esami ematochimici e /o strumentali effettuati per il monitoraggio malattia per le visite per il riconoscimento di invalidità.

Capitolo 2

Normativa per il rilascio della patente di guida alle Persone con diabete

Premessa

Le persone affette da diabete possono guidare veicoli a motore senza alcun pericolo e solo una valutazione individuale, può definire la necessità di restrizioni alla guida. La diagnosi di diabete non è sufficiente per dare alcun giudizio sulla capacità individuale di condurre un veicolo a motore (ADA 2014).

La normativa per l' idoneità alla guida di autoveicoli è attualmente regolata dal decreto legislativo 18/04/2011, n. 59 (Decreto legislativo 18 aprile 2011).

In questo ambito, i conducenti sono classificati in due gruppi, essenzialmente correlabili all' utilizzo privato o professionale della patente di guida (Circolare del Ministero della Salute 2011):

- **Gruppo 1:** conducenti di veicoli delle categorie AM, A, A1, A2, B1, B e BE.
- **Gruppo 2:** conducenti di veicoli delle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E nonché i titolari di certificato di abilitazione professionale di tipo KA e KB, giusta il disposto di cui all' articolo 311, comma 2, del DPR 16/12/1992, n. 495.

Per i pazienti con diabete viene dato particolare rilievo alla presenza o meno di ipoglicemie che vengono definite in termini formali precisi ai fini medico legali e all' utilizzo di farmaci capaci di causarle. Nelle disposizioni per "ipoglicemia grave" si intende la condizione in cui è necessaria l' assistenza di un' altra persona, mentre per "ipoglicemia ricorrente" si intende la manifestazione in un periodo di 12 mesi di una seconda ipoglicemia grave. Tale condizione è riconducibile esclusivamente a patologia diabetica in trattamento con farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi, come l' insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfoniluree e glinidi.

Le procedure e le indicazioni per la certificazione sono differenziate nei diversi gruppi di patenti:

Gruppo 1

- L' accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida è effettuato dal medico monocratico di cui al comma 2 dell' articolo 119 del codice della strada, previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.
- In caso di presenza di comorbidità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione medica locale.
- Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell' alfa-glicosidasi, glitazoni, agonisti del recettore del GLP1, inibitori del DPP4, inibitori SGLT2 in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di Legge previsti in relazione all' età.
- In caso di trattamento farmacologico con farmaci che possono indurre una ipoglicemia grave il candidato o il conducente può essere dichiarato idoneo alla guida di veicoli del gruppo 1 fino a un periodo massimo di 5 anni, nel rispetto dei limiti previsti in relazione all' età.
- La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente affetto da diabete mellito che soffre di ipoglicemia grave e ricorrente o di un' alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia. Il candidato o conducente affetto da diabete mellito deve dimostrare di comprendere il rischio di ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua condizione.

Gruppo 2

- Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, agonisti del recettore del GLP1, inibitori del DPP4, inibitori SGLT2 in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di Legge previsti in relazione all'età.

- In caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi (come insulina e farmaci orali come sulfoniluree e glinidi), l'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del gruppo 2 da parte della Commissione medica locale a candidati o conducenti affetti da diabete mellito è effettuato avvalendosi di consulenza da parte di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente (ai sensi del DM 30/01/1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate, che possa attestare le seguenti condizioni:

- a) assenza di crisi di ipoglicemia grave nei dodici mesi precedenti;
- b) il conducente risulta pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia;
- c) il conducente ha dimostrato di controllare in modo adeguato la sua condizione, monitorando il livello di glucosio nel sangue, secondo il piano di cura;
- d) il conducente ha dimostrato di comprendere i rischi connessi all'ipoglicemia;
- e) assenza di gravi complicanze connesse al diabete che possano compromettere la sicurezza alla guida.

In questi casi, la patente di guida può essere rilasciata o confermata di validità per un periodo massimo di 3 anni o per un periodo inferiore in relazione all'età.

- In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile, per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del codice della strada.

- In caso di modificazioni della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali secretagoghi come sulfoniluree o glinidi) ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

La comunicazione va fatta da parte dello stesso paziente come si evince dall'Avvertenza (da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica).

Si avverte l'interessato che dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/ce del Consiglio concernente la patente di guida", utilizzando il facsimile allegato"

Alla MTC Provinciale di _____

Il sottoscritto _____

Patente tipo _____ n. _____

In ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida"

Comunica che:

Ha manifestato recentemente una crisi ipoglicemica grave

Per variazione terapeutica recente assume farmaci che possono indurre ipoglicemia grave.

L'allegato B della circolare del Ministero della Salute Prot. n. 0017798-p del 25/07/2011 fornisce le indicazioni operative per i medici monocratici e per le commissioni mediche locali per la valutazione del profilo di rischio per la circolazione stradale dei soggetti affetti da diabete mellito, con riguardo al compenso glicemico, l'ipoglicemia, la presenza di complicanze.

1. Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.

2. Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno, con l'eccezione dell'emoglobina glicata il cui referto non deve essere anteriore a 6 mesi (possono essere utilizzati anche le indagini effettuate per il routinario monitoraggio della malattia).

VIII. Diabete mellito e normative Nelle disposizioni per "ipoglicemia grave" si intende la condizione in cui è necessaria l'assistenza di un'altra persona, mentre per "ipoglicemia ricorrente" si intende la manifestazione in un periodo di 12 mesi di una seconda ipoglicemia grave. Tale condizione è riconducibile esclusivamente a patologia diabetica in trattamento con farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi, come l'insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree e glinidi.

A) Allegato III – Decreto legislativo 18 aprile 2011 n. 59

Gruppo 1 (patenti categoria AM, A, A1, A2, B1, B, e BE)

- L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del candidato o del conducente affetto da diabete mellito è effettuato dal medico monocratico, previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

- In caso di presenza di comorbilità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione Medica Locale.

In caso di trattamento farmacologico con farmaci che possono indurre una ipoglicemia grave il candidato o il conducente può essere dichiarato idoneo alla guida di veicoli del gruppo 1 fino a un periodo massimo di 5 anni, nel rispetto dei limiti previsti in relazione all'età.

- La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente affetto da diabete mellito che soffre di ipoglicemia grave e ricorrente o di un'alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia. Il candidato o conducente affetto da diabete mellito deve

dimostrare di comprendere il rischio di ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua condizione.

- Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di Legge previsti in relazione all'età.

Gruppo 2 (patenti di categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E nonché i titolari di certificato di abilitazione professionale di tipo KA e KB)

- In caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi, (come insulina, e farmaci orali come sulfaniluree e glinidi,) l'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del gruppo 2 da parte della Commissione Medica Locale, a candidati o conducenti affetti da diabete mellito è effettuato avvalendosi di consulenza da parte di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate, che possa attestare le seguenti condizioni:

- a) assenza di crisi di ipoglicemia grave nei dodici mesi precedenti;
- b) il conducente risulta pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia;
- c) il conducente ha dimostrato di controllare in modo adeguato la sua condizione, monitorando il livello di glucosio nel sangue, secondo il piano di cura;
- d) il conducente ha dimostrato di comprendere i rischi connessi all'ipoglicemia;
- e) assenza di gravi complicanze connesse al diabete che possano compromettere la sicurezza alla guida.

In questi casi, la patente di guida può essere rilasciata o confermata di validità per un periodo massimo di tre anni o per un periodo inferiore in relazione all'età.

- Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di Legge previsti in relazione all'età.

- In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile, per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del codice della strada.

- In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree o glinidi); ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

La consulenza diabetologica, di data non anteriore a tre mesi, deve essere redatta utilizzando gli allegati modelli ministeriali (Gruppo 1 – patenti A/B; Gruppo 2 – patenti di categoria superiore).

Si segnala, inoltre, l'avvertenza allegata alla predetta modulistica, da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica con la quale si avverte l'interessato che dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave.

CERTIFICAZIONE PER LA PATENTE DI GUIDA

Indicazioni principali

- I conducenti sono classificati in due gruppi, essenzialmente correlabili all'utilizzo privato o professionale della patente di guida. Per entrambi i gruppi sia il medico monocratico che le

Commissioni mediche locali si avvalgono della consulenza da parte di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

- La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente affetto da diabete mellito che soffre di ipoglicemia grave e ricorrente o di un'alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia, a meno che la richiesta non sia supportata da un parere medico specialistico e valutazioni mediche periodiche.
- Il giudizio di idoneità, il profilo di rischio e la durata di validità della patente sono legati alla presenza di ipoglicemie, al compenso metabolico, alla presenza di complicanze, al tipo di farmaci utilizzati, capaci o non capaci di causare ipoglicemia, all'età del paziente.
- Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.
- Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione dell'emoglobina glicata il cui referto non deve essere anteriore a 6 mesi.

Diabete, Allegato III – Decreto legislativo 18 aprile 2011 n. 59

In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree o glinidi); ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

Circolare n. 17798, 25.7.2011, Ministero della Salute: modulo di "autosegnalazione" da consegnare al paziente all'atto del ritiro della certificazione diabetologica.

3. Valutazione del controllo glicemico: può essere definito ADEGUATO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata <9,0% (75 mmol/ mol), non adeguato in caso di valori >9,0% (75 mmol/ mol).

4. Valutazione delle ipoglicemie: dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di BUONO, ACCETTABILE o SCARSO i seguenti parametri valutativi:

- a. valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
- b. presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi.

5. Formulazione del giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida:

a. per rientrare in un profilo di RISCHIO BASSO:

- assenza di retinopatia
- assenza di neuropatia
- assenza di nefropatia
- ipertensione ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia BUONO

b. per rientrare in un profilo di RISCHIO MEDIO:

- uso di farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi
- retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
- neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
- nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
- ipertensione se ben controllata
- cardiopatia ischemica se ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi

- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE
- c. per rientrare in un profilo di RISCHIO ELEVATO:
 - retinopatia proliferante, con riduzione del visus
 - neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
 - nefropatia con insufficienza renale cronica
 - ipertensione non controllata
 - TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (<1 anno) o non ben controllata
 - ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - controllo glicemico NON ADEGUATO
 - giudizio sull'ipoglicemia SCARSO.

Riguardo ai tempi del rinnovo la circolare indica:

Profilo di rischio BASSO: rinnovo

- 10 anni (conducente di età <50 anni)
- 5 anni (conducente di età >50 anni e <70 anni)
- 3 anni (conducente di età >70 anni).

Profilo di rischio MEDIO: rinnovo

- 5 anni (conducente di età <50 anni)
- 3 anni (conducente di età >50 anni e <70 anni)
- 1 anno (conducente di età >70 anni).

Profilo di rischio ELEVATO: nella circolare non vengono date indicazioni specifiche.

Viene infine fatto obbligo di informare gli interessati che dovranno provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, utilizzando l'apposita modulistica.

La concessione della **PATENTE NAUTICA**, necessaria per tutte le unità di navigazione oltre le SEI MIGLIA dalla costa, è attualmente regolamentata dal Decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti del 29 luglio 2008, n. 146, entrato in vigore nel dicembre 2008, più permissivo del precedentemente in vigore DPR n. 431/97

Le patenti nautiche, rilasciate dalle Capitanerie di porto, si dividono in tre categorie:

A) comando di natanti e imbarcazioni da diporto fino a 24 metri

- entro le 12 miglia dalla costa;
- senza alcun limite dalla costa;

B) comando di navi da diporto oltre 24 metri;

C) direzione nautica di natanti e imbarcazioni da diporto pari o inferiori a 24 metri ove sia presente a bordo almeno un'altra persona in qualità di ospite di età non inferiore ai 18 anni, idonea a svolgere le funzioni manuali necessarie per la conduzione del mezzo e la salvaguardia della vita umana in mare: tale categoria è di norma riservata ai disabili.

Anche se il nuovo codice è molto più permissivo del precedente DPR n. 431/97 per i cittadini con diabete, questi possono conseguire esclusivamente la patente nautica di categoria C.

Patente nautica: requisiti di idoneità (DM 146/2008)

In presenza di complicanze diabetiche croniche visive, neurologiche, cardiovascolari e renali, tali da pregiudicare la sicurezza della navigazione, la patente nautica non è rilasciata / convalidata ai soggetti diabetici.

Per i soggetti diabetici che presentano complicanze diabetiche e/o un controllo glicemico non ottimale, ritenute dalla Commissione Medica Locale, sulla base di documentazione specialistica, compatibili con la sicurezza della navigazione, la validità della patente non può superare i due

anni. Per i soggetti diabetici con buono stato di controllo glicemico della malattia, in assenza di complicazioni clinicamente evidenziabili, la validità della patente può essere confermata o ridotta da parte dei medici individuati dall'articolo 36, comma 3, del presente regolamento, sulla base di un'attestazione di specialista diabetologo operante presso strutture pubbliche, che è conservata agli atti. In caso di dubbio sulla sussistenza di condizioni di idoneità compatibili con la sicurezza della navigazione, il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.

BREVETTO PILOTA AEREO

D.M. 15.09.1995: "Requisiti psicofisici per conseguire e mantenere in esercizio licenze e attestati aeronautici".

REQUISITI ESSENZIALI DI IDONEITÀ MEDICA

(c) Diabete mellito

I richiedenti affetti da diabete mellito che richiede insulina devono essere giudicati non idonei.

(2) I richiedenti affetti da diabete mellito che non richiede insulina devono essere giudicati non idonei, salvo quando sia possibile dimostrare che il livello di zucchero nel sangue è sotto controllo; in casi selezionati per operazioni con equipaggio plurimo l'uso di biguanidi può essere accettabile

VOLO "MILITARE"

CODICE ORDINAMENTO MILITARE D.lgs. 66/2010

Testo Unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare DPR 90/2010 e smi. Art 583-586

D.M. 16.09.2003: "Elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa di non idoneità ai servizi di navigazione aerea e criteri da adottare per l'accertamento e la valutazione ai fini dell'idoneità".

Art 5. Endocrinologia e metabolismo.

Per il personale in servizio: a) per i piloti su velivoli ad alte prestazioni, aero-soccorritori, è causa di non idoneità il diabete mellito anche se controllato con la sola dieta. La condizione di ridotta tolleranza al glucosio (IGT) è compatibile ma si rendono necessari controlli periodici.

Criticità

Non è chiaro e soprattutto non è uniforme il percorso (certificato diabetologo/medicina legale/commissione, etc).

Non in tutte le regioni vengono utilizzati gli esami effettuati di routine per il rilascio del certificato
Il pagamento del certificato è variabile da ASL a ASL.

Non in tutte le regioni la valutazione da parte delle Commissioni viene fatta secondo le indicazioni ministeriali

Proposte e raccomandazioni

Possibilità di ampliare la durata del rinnovo se il paziente usa un CGM (più di 5 anni)

Capitolo 3

LA TUTELA DEL PAZIENTE CON PIEDE DIABETICO

Premessa

Il numero crescente di soggetti con diabete e il prolungamento dell'età lavorativa renderà sempre più probabile per il Medico del Lavoro il dovere affrontare problematiche di lavoratori diabetici con complicanze in atto. Il lavoratore con piede diabetico è sicuramente un grave impegno nella gestione della sorveglianza sanitaria.

La Sindrome del Piede Diabetico (DFS) è una patologia complessa che deve essere gestita da un Team Multidisciplinare (MDT). La prevenzione rappresenta un aspetto centrale nel trattamento cronico dei pazienti diabetici affetti da complicanze al piede e coinvolge con ruoli diversi molti specialisti quali podologi, diabetologi, fisiatristi, infermieri, tecnici ortopedici e fisioterapisti.

Gli interventi preventivi si distinguono in primari e secondari a seconda del momento in cui vengono effettuati: la prevenzione primaria fa riferimento a tutte le iniziative prese per evitare che soggetti ad alto rischio di ulcerazione sviluppino una lesione; con la prevenzione secondaria si cerca di evitare recidive di lesione in pazienti già guariti da una precedente lesione.

Quindi nella valutazione del Medico Competente dovrà essere inserito uno screening del piede per definire in quale fase è la Persona con diabete:

1) Prevenzione Primaria: è cruciale identificare tutti i pazienti diabetici che sono ad alto rischio di ulcerazione per la presenza di neuropatia periferica, rigidità articolare ed elevati picchi pressori plantari.

2) Prevenzione Secondaria: in questi pazienti un periodico follow-up applicato dal Team con protocolli ben definiti per ogni classe di rischio è uno strumento preventivo molto efficace. Questo protocollo prevede la rimozione periodica delle callosità plantari, un controllo periodico dell'idoneità delle calzature e dei plantari ed un rinforzo educativo indirizzato all'igiene ed alla cura dei piedi.

Il Medico Competente nell'affrontare questa patologia deve operare in sintonia con il Team che ha in cura il paziente.

L'iper carico plantare, con relativa ipercheratosi indolente è la causa principale delle ulcere neuropatiche e soprattutto della loro recidiva. La disponibilità di calzature e plantari con specifiche caratteristiche deve essere assicurata ai pazienti inseriti in un programma di prevenzione. I plantari hanno l'obiettivo di ridistribuire le pressioni su tutta la superficie plantare, mentre le calzature devono avere una tomaia di materiale morbido per evitare danni da frizione e costruite con una calzatura ampia, tale da alloggiare le deformità del piede (dita in griffe, dita a martello, alluce valgo, etc) e contemporaneamente il plantare. Dal punto di vista biomeccanico le calzature devono avere una suola biomeccanica con punto di rotolamento di 8 mm posteriore rispetto alle teste metatarsali al fine di ridurre il carico all'avampiede durante il ciclo del passo (*smooth transition*). La scelta della calzatura e del plantare sarà guidata dal livello di rischio ulcerativo del paziente al fine di garantire la massima protezione in accordo con la presenza di neuropatia periferica, deformità del piede, presenza di arteriopatia obliterante degli arti inferiori e storia pregressa di ulcerazione o di amputazione minore. Le calzature di serie verranno consigliate in assenza di deformità o con deformità lieve mentre le calzature su misura troveranno indicazione in presenza di severe deformità come quelle secondarie a pregresse amputazioni minori o di instabilità del piede.

In Italia tutti i pazienti che presentano polineuropatia periferica associata a deformità del piede o arteriopatia periferica oppure storia di pregressa ulcera possono ottenere gratuitamente dal Servizio Sanitario un paio di calzature su misura ed un paio di plantari su misura ogni anno (LEA 2017). I tempi minimi di rinnovo secondo i nuovi LEA 2017 prevedono per le Calzature e le ortesi 18 mesi. Il decreto LEA 2017 non prevede la fornitura gratuita di calzature di serie ma solo su misura.

Giudizio di idoneità per mansioni e piede diabetico

Il giudizio di idoneità è espresso in riferimento alla mansione lavorativa e tiene conto nel caso di Persona con diabete di quanto le attività lavorative si svolgano in postura eretta e/o in deambulazione prolungata, dell'uso di forza degli arti inferiori e se è necessario l'uso di scarpe antinfortunistiche

Per la postura eretta e/o la deambulazione bisogna considerare le distanze e i tempi, se il lavoro si svolge al chiuso o all'aperto ed il tipo di calzature utilizzate.

Bisogna valutare se le attività si svolgono con l'utilizzo di pedali o pedaliere per guida o funzionamento di macchine. Sono controindicate quelle mansioni con applicazione di forza in modo continuativo.

L'obbligo di indossare le scarpe antinfortunistiche (dispositivo di protezione individuale "DPI" ai sensi del D.Lgs. 81/2008 Articolo 74) scatta:

- quando ricorrono le condizioni di cui all'elenco del punto 3 dell'allegato VIII del D.Lgs. 81/2008
- ogni qualvolta risulti «prevedibile» un rischio di lesioni ai piedi: tale prevedibilità dovrà essere valutata dal Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP), in sede di valutazione dei rischi.

Sarà il datore di lavoro, avvalendosi della consulenza del RSPP a valutare, sotto la propria responsabilità, se il rischio appare «prevedibile» o meno: di conseguenza, in caso di infortunio dovuto a mancanza di scarpe antinfortunistiche, il datore di lavoro dovrà cercare di dimostrare al giudice come tale rischio (ad es. da schiacciamento) non fosse ragionevolmente prevedibile. L'obbligo di sicurezza (ex art. 2087 C.C.) del datore di lavoro, di adottare tutte le misure necessarie per la tutela dell'integrità psico-fisica del lavoratore, rende quindi il datore di lavoro suscettibile di responsabilità risarcitoria nei confronti del lavoratore, nonché penale.

Si ricorda che l'art. 41 della Costituzione garantisce all'imprenditore libertà di impresa a condizione che questa non si svolga contro l'utilità e la sicurezza sociale; la salute, rappresentando uno dei «diritti fondamentali» protetti della Costituzione e rappresentando «interesse della collettività» (art.32 Cost.), rappresenta tipico esempio di «diritto indisponibile»: come tutti i diritti indisponibili non è pertanto suscettibile di essere scambiata o ceduta, anche parzialmente, mediante patti o accordi. Non è quindi possibile «esentare» un lavoratore dall'uso dei DPI quando questi rappresentano l'unico mezzo residuo di protezione dai rischi.

Si ricorda inoltre che i doveri degli imprenditori non si limitano a fornire i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), a disporre che questi vengano utilizzati e a fornire alcune informazioni sul corretto utilizzo di questi: l'art.18 comma del D.Lgs. 81/2008 infatti, impone all'imprenditore di richiedere l'osservanza da parte dei singoli lavoratori delle norme vigenti, dell'uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuali messi a loro disposizione

Gli artt. 20 comma 1d e 78 comma 2 del D.Lgs. 81/2008, che obbligano i lavoratori ad utilizzare in modo "appropriato" i DPI potrebbero essere utili, al massimo, per individuare una corresponsabilità del lavoratore, ma non esentano in alcun modo il datore di lavoro dai propri obblighi, specie alla luce del principio di equivalenza causale sancito dall'art.41 c.p.

2) I DPI devono altresì tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore (art. 76 comma 2c D.Lgs. 81/08).

Vi è quindi un chiaro obbligo, per il datore di lavoro, di fornire calzature antinfortunistiche, se necessario, anche individualizzate, che eventualmente tengano conto della necessità del lavoratore di indossare plantari. Il plantare, tuttavia, non rappresenta in alcun modo un dispositivo finalizzato a tutelare il lavoratore dai rischi specifici lavorativi, essendo esclusivamente finalizzato a

correggere malformazioni del piede proprie del lavoratore. Mentre l'art. 2087 c.c. e D.Lgs. 81/2008 possono obbligare il datore di lavoro a garantire la sicurezza e quindi a fornire scarpe antinfortunistiche idonee a garantire l'incolumità dei lavoratori, non è desumibile dai riferimenti legislativi, che sia il datore di lavoro ad acquistare un presidio del genere.

Concludendo, di fronte all'esibizione da parte del lavoratore di un certificato medico attestante l'impossibilità ad indossare le scarpe antinfortunistiche, ove i motivi medici siano quindi effettivamente fondati, la scelta migliore è ricercare una scarpa il più adatta possibile al lavoratore. In genere conviene indirizzare direttamente il lavoratore ad un negozio specializzato in modo che possa scegliere direttamente lui la scarpa antinfortunistica che gli provoca meno disagio. Restano ovviamente fermi i principi di idoneità delle caratteristiche antinfortunistiche della scarpa.

Quindi in conclusione ricordiamo gli obblighi del Datore di lavoro e i doveri del Lavoratore.

Il datore di lavoro organizza e dirige secondo le attribuzioni e le competenze ad essi conferite, e devono:

- a) nominare il medico competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria nei casi previsti dal presente decreto legislativo.
- b) designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza;
- c) nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza;
- d) fornire ai lavoratori i necessari e idonei dispositivi di protezione individuale, sentito il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, ove presente

I lavoratori devono in particolare:

- a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
- c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e, nonché i dispositivi di sicurezza;
- d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione. I DPI devono essere conformi alle norme di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1992 n. 475, e sue successive modificazioni.

I Dispositivi di Protezione Individuale(DPI) devono:

- a) essere adeguati ai rischi da prevenire, senza comportare di per sé un rischio maggiore;
- b) essere adeguati alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro;
- c) tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore;
- d) poter essere adattati all'utilizzatore secondo le sue necessità.

La protezione del piede prevede l'uso di:

- Scarpe di sicurezza con suola imperforabile in caso di
 - Lavori di rustico, di genio civile e lavori stradali.
 - Lavori su impalcatura.
 - Lavori in calcestruzzo e in elementi prefabbricati con montaggio e smontaggio di armature.
 - Lavori in cantieri edili e in aree di deposito.
 - Lavori su tetti.
- Scarpe di sicurezza senza suola imperforabile in caso di:
 - Lavori su ponti d'acciaio, opere edili in strutture di grande altezza, piloni, torri, ascensori e montacarichi, costruzioni idrauliche in acciaio, altiforni, acciaierie, laminatoi, grandi contenitori, grandi condotte, gru, caldaie e impianti elettrici.
 - Costruzioni di forni, di impianti di riscaldamento e di aerazione, nonché montaggio di costruzioni metalliche

- Lavori in altiforni, impianti di riduzione diretta, acciaierie e laminatoi, stabilimenti metallurgici, impianti di fucinatura a maglio e a stampo, impianti di pressatura a caldo e di trafilatura.
- Lavori in cave di pietra, miniere, a cielo aperto e rimozione di discarica.
- Produzione di vetri piani e di vetri cavi, nonché lavorazione e finitura.
- Lavori di rivestimenti in prossimità del forno nell'industria della ceramica.
- Lavori nell'industria della ceramica pesante e nell'industria dei materiali da costruzione.
- Movimentazione e stoccaggio - costruzioni navali - smistamento ferroviario.
 - Scarpe di sicurezza con tacco o con suola continua e con intersuola imperforabile in caso di:
- Lavori sui tetti.
 - Scarpe di sicurezza con intersuola termoisolante in caso di:
- Attività su e con masse molte fredde o ardenti.
 - Scarpe di sicurezza a slacciamento rapido in caso di:
- In caso di rischio di penetrazione di masse incandescenti fuse.

Quindi nella scelta della scarpa antinfortunistica il Medico del Lavoro dovrà conoscere:

Il tipo di attività

Il tipo di scarpa

La problematica sanitaria

Quindi è necessario che nel paziente con Piede diabetico venga autorizzato l'utilizzo di scarpe AI su misura che dovranno:

- Riequilibrare i picchi di pressione (Plantari)
- Alloggiare le deformità (Calzature automodellanti)
- Permettere una adeguata traspirazione (Idonei tessuti)

Nel caso non si riesca a trovare una scarpa adatta allo scopo non rimane che valutare il trasferimento del lavoratore ad altro reparto ove non vi sia rischio per cui viga l'obbligo dell'uso di scarpe antinfortunistiche. Un'eventuale condizione di effettiva "intolleranza" ad un DPI necessario in base alla valutazione dei rischi e che rispetti tutti i requisiti di Legge, una volta esperiti tutti i tentativi tecnicamente fattibili per adattare il DPI al lavoratore, potrebbe costituire motivo di inidoneità alla mansione (temporanea o anche definitiva).

Criticità

Le scarpe di sicurezza senza suola imperforabile sono sconsigliate nel paziente con Piede diabetico

Proposte e raccomandazioni

Reinserire nei LEA la rimborsabilità di scarpe di serie (soprattutto per la prevenzione)

Capitolo 4

Fornitura presidi diagnostici e microinfusori ed applicazione dei LEA

Per facilitare il raggiungimento degli obiettivi glicemici e ridurre il rischio di complicanze, è essenziale che la persona con diabete abbia a disposizione i diversi presidi oggi ritenuti parte integrante della gestione della malattia. A tale scopo materiale sanitario come siringhe, aghi per penne, glucometri e strisce reattive, deve essere fornito in quantità adeguata al tipo di diabete e alla situazione clinica, evitando limitazioni non giustificate che potrebbero costituire un impedimento all'efficacia della cura.

Ai sensi del DM 8/02/1982 (Decreto ministeriale 8 febbraio 1982) e dell'art. 3 della Legge 115/87 (Legge 16 marzo 1987, n. 115), i presidi da riconoscere ai soggetti affetti da diabete mellito vengono individuati secondo la tipologia appresso indicata. Tale normativa generale è soggetta a modificazioni sulla base di leggi regionali e/o di normative o accordi locali in singole aziende sanitarie locali (Decreto Presidente della Repubblica 1994).

1. *Siringhe per l'iniezione di insulina*: sono concedibili ai pazienti insulino-trattati in quantità pari al numero di iniezioni giornaliere e per la durata del mese. Tali siringhe dovranno avere la caratteristica di essere senza spazio morto, sterili, monouso, con ago saldato e diametro dello stesso compreso tra i 28 G e i 31 G. Le siringhe dovranno avere scala U-100, capienza da 0,5 o 1,0 ml; per i pazienti in età pediatrica a richiesta saranno concedibili anche siringhe U-100 da 0,3 ml.

2. *Aghi per sistemi iniettivi a penna*: per i pazienti che utilizzano sistemi iniettivi a penna, gli aghi compatibili con la penna stessa saranno concessi in numero pari al numero di iniezioni mensili.

3. *Lancette pungidito*: si ritiene utile la distribuzione in numero pari a quello delle strisce reattive per glicemia, in considerazione dell'esistenza in commercio di prodotti non più riutilizzabili dopo il primo uso e vista la dizione che tali prodotti riportano: "sterili, monouso".

4. *Strisce reattive per determinazione della glicemia*: il paziente ha diritto a ricevere le strisce reattive che normalmente usa per la determinazione della glicemia capillare in relazione al glucometro in suo possesso. Il numero di strisce reattive prescrivibili presenta delle differenze regionali, e varia a seconda del tipo di diabete, della terapia, del compenso glicometabolico e della presenza di malattie intercorrenti. Sarà comunque sempre il medico a identificare e quantificare le esigenze dei pazienti ai quali potranno essere concessi i diversi tipi di presidio. A questo proposito sono state pubblicate raccomandazioni da parte delle società medico-scientifiche diabetologiche (AMD-SID-SIEDP-OSDI-SIBioC-SIMeL 2013).

5. *Glucometri portatili per la lettura ottica del valore glicemico*, che possono trovare indicazione terapeutica per l'autocontrollo e l'autogestione della malattia, potranno essere concessi sempre solo su prescrizione medica. Si raccomanda di specificare, nella prescrizione del piano terapeutico, il tipo di strumento scelto per quel paziente (modello e nome commerciale). La scelta del glucometro va fatta in base alle caratteristiche specifiche dello strumento e in relazione al tipo di paziente (stile di vita, limitazioni manuali o visive...) o alla situazione ambientale in cui viene utilizzato (in corso di attività sportiva, in diverse condizioni di temperatura ambientale) (AMDSID-SIEDP-OSDI-SIBioC-SIMeL 2013).

6. *Microinfusori*: potranno essere concessi solo a pazienti altamente selezionati, motivati e adeguatamente istruiti sempre e solo su specifico parere del medico diabetologo che opera nei Servizi diabetologici. In alcune regioni sono stati individuati i Servizi di Diabetologia abilitati alla prescrizione dei microinfusori sulla base di specifici criteri. Tra i vari sistemi di infusione è opportuno privilegiare i modelli più moderni e affidabili. Anche in questo caso, l'ASL, procederà all'acquisto degli apparecchi, i quali saranno forniti ai pazienti gratuitamente, in comodato d'uso, a cura dei Servizi di diabetologia. Laddove i Servizi di diabetologia siano collocati presso l'Azienda ospedaliera, l'ASL dovrà ovviamente concordare con l'Azienda ospedaliera stessa le modalità più opportune per rendere agevole al cittadino la fruizione di tali apparecchi. Il materiale di supporto

all'apparecchio, concedibile nella quantità necessaria al corretto funzionamento dello stesso, non potrà essere che quello più idoneo per l'apparecchio

7. Monitoraggio Continuo della glicemia: l'erogazione dei sistemi del monitoraggio continuo della glicemia (sia in real-time non a scopo diagnostico - CGM – sia quelli per il flash glucose monitoring –FGM) prevista dall'allegato 3 del DPCM è molto differenziata nelle varie regioni.

Nel DPCM 12 gennaio 2017 sono stati inserite alcune prestazioni il monitoraggio continuo della glicemia (Holter glicemico), la OCT (tomografia retinica a luce coerente), inserite anche tra le prestazioni esenti per i pazienti diabetici (allegato 8- vedi), ma ancora non sono presenti nel Tariffario Nazionale attualmente in vigore. In alcune regioni le prestazioni sono già attive.

Fino alla pubblicazione del nuovo Tariffario per le prestazioni esenti bisogna fare riferimento all'allegato 8bis (vedi).

Secondo l'allegato 8 del DPCM sulle prestazioni esenti per il codice 013 tutte le visite per il per il monitoraggio delle complicanze (cardiologica, nefrologica, oculistica) rientrano nell'esenzione per patologia.

Inoltre la visita specialistica di primo accesso del paziente già in possesso di codice di esenzione per patologia (013) presso una struttura diversa dalla abituale (diversa regione, ma anche diverso centro, come per esempio per il passaggio dal centro pediatrico a quello dell'adulto, oppure quelle rese necessarie da una riacutizzazione o dalla comparsa di una complicazione connessa alla patologia di base ad esempio per scompenso metabolico nel paziente diabetico in gestione integrata) deve essere considerata "visite di controllo" per il paziente già in possesso di codice di esenzione per patologia (013). In alcune regioni queste visite vengono considerate "prima visita" e pertanto il paziente con la sola esenzione per patologia deve pagare il ticket.

Il Ministero, nella persona del Direttore Generale della Programmazione Sanitaria dr. Andrea Urbani ha risposto ai quesiti posti al riguardo da Diabete Italia in maniera favorevole ai bisogni delle persone con diabete.

CRITICITÀ

- La prestazione “Esame fundus oculi”, vecchio codice 95.09.1 (anche valutato in telemedicina -Choremis J, Chow DR. - Use of telemedicine in screening for diabetic retinopathy. Can J Ophthalmol 2003; 38:575) non sarà più presente nel nuovo Tariffario Nazionale; resta la sola prestazione 95.02 “PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA” che però potrebbe rendere poco sostenibile uno screening “capillare” della retinopatia diabetica (la retinopatia diabetica rimane la prima causa di cecità in età lavorativa - Linee-guida per lo screening, la diagnostica e il trattamento della retinopatia diabetica in Italia, 2015.) <http://www.fondazionebietti.it/sites/default/files/pdf/lg-rd-16sett2015.pdf>. (richiesta del 26 luglio 2016 delle Società Scientifiche);
- accesso differente nelle varie Regioni alla fornitura di presidi diagnostici per il controllo del diabete a domicilio del paziente sulla prescrizione dei presidi; un’indagine promossa da AMD evidenzia una significativa eterogeneità tra le regioni per quanto riguarda il numero massimo consentito di presidi per le diverse tipologie di pazienti;
- fornitura per i soggetti domiciliati fuori regione /fuori Italia per periodi superiori ai tre mesi;
- assistenza specialistica (farmaci, presidi, esami, etc) per le persone con diabete della comunità europea che soggiornano in Italia per periodi oltre tre mesi;
- ritardo nella pubblicazione del Tariffario Nazionale delle prestazioni specialistiche;
- la visita del dietista/nutrizionista non viene riconosciuta come prestazione esente, se non in alcune realtà. Mentre invece potrebbe rientrare tra le visite specialistiche necessarie al monitoraggio “delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti” così come previsto nell’allegato 4 del DPCM.

PROPOSTE E RACCOMANDAZIONI

La proposta AMD è semplificare e omogeneizzare il sistema di fornitura e di scelta dei presidi:

- la distribuzione dei farmaci per la cura del diabete e la distribuzione dei presidi per l’automonitoraggio glicemico e degli aghi/siringhe deve avvenire nelle farmacie territoriali, pressoché ubiquitarie sul territorio nazionale
- un’opportuna sintesi tra la necessità di razionalizzare la spesa e l’opportunità di offrire alle persone con diabete presidi di alta qualità e conformi alle diverse necessità di ciascuno potrebbe essere la strada, già percorsa da alcune regioni, con l’espletamento di gare a tipologia “accordo quadro”, con costo massimo fisso per striscia reattiva ed aggiudicatari multipli che accettano il rimborso fissato. Questo dovrebbe rendere più semplice l’approccio alla materia, con un ritorno economico significativo e con una libertà prescrittiva “personalizzata” su un unico prezzo nazionale della striscia reattiva. In tal senso recentemente un primo “accordo quadro” per conciliare razionalizzazione della spesa e diritto dei pazienti di ricevere il presidio più indicato a seconda delle esigenze di ciascuno è stata avviata da Consip. L’Accordo quadro multi-aggiudicatario basato sul criterio della “scelta clinica”, garantisce alle strutture sanitarie un’offerta ampia e flessibile di dispositivi di elevata qualità e sicurezza. L’iniziativa della Consip, in collaborazione con l’Associazione Medici Diabetologi (AMD) e Società Italiana di Diabetologia (SID), condivisa con le Associazioni di Volontariato (Diabete Italia, FAND) è suddivisa in due lotti per un valore complessivo stimato pari a circa 227 milioni di euro e una durata dell’accordo quadro pari a 12 mesi, e porterà a risparmi nell’ordine del 50% rispetto ai prezzi medi praticati, con la libertà prescrittiva e di scelta dei dispositivi. L’iniziativa prevede la fornitura per ogni lotto di: 220mila kit per l’autocontrollo della glicemia (che comprendono glucometro, strisce reattive,

pungidito, lancette); fino ad un massimo di 660 milioni di strisce e lancette di ricambio. Le amministrazioni possono affidare la fornitura all'operatore, fra quelli risultati aggiudicatari, i cui dispositivi posseggono le caratteristiche adeguate alle esigenze cliniche del paziente. L'iniziativa permetterà, pertanto, di coniugare l'ottimizzazione delle risorse economiche, consentendo consistenti risparmi per i sistemi sanitari regionali –come già avvenuto con la precedente edizione della gara Consip, con risparmi nell'ordine del 50% rispetto ai prezzi medi praticati –con la libertà prescrittiva e di scelta dei dispositivi. Come per le altre gare del settore sanitario, le commissioni giudicatrici saranno composte da medici esperti del settore, al fine di riporre la più ampia attenzione alle esigenze del paziente e alla promozione di innovazione tecnologica e qualità. Riteniamo utile normare con una direttiva unica nazionale il numero dei presidi da fornire ai pazienti nei differenti stadi della cura del DM.

É necessario definire i criteri prescrittivi anche per i presidi innovativi ed i microinfusori, preoccupati quanto i decisori politici per un'erogazione appropriata. In alcune regioni/ASL sono state pubblicate gare (ad accordo quadro) per i microinfusori e CGM E raccomandazioni per fornitura/erogazioni dei microinfusori.

Sempre tra le prestazioni specialistiche, AMD ritiene possa essere utile inserire, a fianco della riabilitazione cardiologica (nel post infarto del miocardio - 93.36), la “**riabilitazione cardiometabolica**” per i soggetti con diabete mellito tipo 2 e sindrome metabolica (ad alto rischio cardiovascolare) partendo dall'evidenza che **un'attività fisica strutturata e personalizzata** si è dimostrata efficace, non solo a prevenire il diabete (Tuomilehto J et al. Long-term benefits from lifestyle interventions for type 2 diabetes prevention: time to expand the efforts Diabetes Care. 2011; 34-Suppl 2:S210-S214.), ma anche nella riduzione del rischio cardiovascolare (Balducci S, and Pugliese G - Effect of an intensive exercise intervention strategy on modifiable cardiovascular risk factors in subjects with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial: the Italian Diabetes and Exercise Study (IDES) Arch Intern Med. 2010; 170:1794-803).

La letteratura mette in evidenza come una severa anemia può inficiare il valore dell'emoglobina glicosilata (The effect of anaemia and abnormalities of erythrocyte indices on HbA1c analysis: a systematic review. E. S. Kilpatrick, Diabetologia 2015); pertanto riteniamo che dovrebbe rientrare nell'elenco delle prestazioni senti anche l'emocromo (90.62.2) perché permetterebbe una più corretta valutazione del compenso glico-metabolico anche in presenza di eventuali patologie concomitanti correlate.

Andrebbero inoltre inseriti anche la determinazione degli ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD) (90.49.7), degli ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA) (90.51.1) per definire il tipo di diabete, e la determinazione degli ANTICORPI ANTI ENDOMISIO (90.47.E) e degli ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO) (90.51.4)e ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg) (90.54.4) nei diabetici tipo 1, persone che presentano frequentemente patologie autoimmuni multiple, con l'eventuale limitazione, come per il TSH reflex.

Stabilire una procedura con il Ministero/Regioni/ASL per l'erogazione dei presidi e/o farmaci per le persone con diabete che vanno all'estero, e per quelle europee che vengono in Italia

Capitolo 5

Cura del diabete a scuola

La cura del diabete in ambito scolastico coinvolge diverse forme di diabete e per quanto attiene quella più frequente, il diabete tipo 1, la consultazione dei registri nazionali e internazionali basati sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) (Vichi M, 2014; Bruno G, 2009), sui dati del registro RIDI (Registro Italiano del Diabete Insulino-dipendente), istituito nel 1996 (Carle F, 2014) ed inserito nel progetto internazionale DIAMOND (DIAbetesMONDiale) ed EURODIAB (Patterson CC, 2009), dimostra un costante incremento medio annuale, anche se con difformità tra le diverse aree geografiche.

Inoltre, in Italia ove un bambino/adolescente su tre è in eccesso ponderale, l'incidenza di diabete tipo 2 in età scolare è in aumento (AMD-SID-SIEDP-OSDI 2012). Da ciò deriva la necessità di tutelare il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica. Obiettivi strategici relativi al "diabete in età evolutiva" sono stati individuati anche dal Piano sulla malattia diabetica redatto dalla Direzione generale Programmazione del Ministero della Salute insieme alla Commissione Nazionale Diabete e approvato nel febbraio del 2013 dalla Conferenza Stato-Regioni, secondo l'accordo sancito il 6/12/2012 (Ministero della Salute 2013). Tra i diversi obiettivi si evidenzia la necessità che il personale delle istituzioni scolastiche e formative sia informato rispetto ai vari aspetti della malattia non soltanto al fine di prestare assistenza in maniera corretta allo studente che ne è affetto ma anche per offrire strumenti di sensibilizzazione ed educazione per tutti gli altri studenti. In tale contesto particolare importanza assumerebbe la concreta attuazione dell'obiettivo del citato piano nazionale diabete, che punta a definire criteri di selezione condivisi per un uso mirato della terapia con microinfusori e di altre tecnologie complesse (come i sensori per la misurazione continua della glicemia) e a stabilire modalità organizzative che consentano equità di accesso alle tecnologie. È evidente che i sensori glicemici, consentendo un monitoraggio pressoché continuo dei livelli di zucchero nel sangue e la possibilità di un controllo a distanza tramite smartphone, contribuiscono ad agevolare notevolmente l'attività di assistenza svolta dal personale scolastico abilitato. Ma è ancora carente e difforme in Italia una condotta regolatoria in merito.

Da sempre le associazioni di pazienti contribuiscono con ruolo propulsivo al fine di stabilire percorsi legislativi definiti, già esistenti in alcune regioni italiane seppur tra loro non uniformi, in grado di tutelare il bambino con diabete nel suo inserimento a scuola e regolamentare la somministrazione di farmaci in orario scolastico. Ciò affinché il bambino sia al centro di un percorso ove anche le famiglie siano più tutelate e la stessa scuola si ritrovi a poter agire entro ambiti ben chiari con conseguente assunzione di responsabilità definite a priori, con tutela e riconoscimento del proprio operato.

In questa ottica, l'AGD Italia (Coordinamento tra associazioni italiane di aiuto ai bambini e giovani con diabete), il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca hanno condiviso nel 2013 l'obiettivo di formulare un documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti scolastici, educativi e formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita (Documento strategico di intervento integrato 2013). Presentato ufficialmente al Senato della Repubblica il 7/11/2013, il documento ha ben sottolineato la necessità di predisporre e condividere, tra la famiglia e gli operatori sanitari e scolastici, specifici protocolli di intervento, nell'ottica di:

- a) garantire al bambino, adolescente e giovane con diabete una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale identica ai propri coetanei senza diabete;
- b) sostenere i familiari nella gestione del bambino, adolescente e giovane con diabete nel percorso di inserimento a scuola a seguito di diagnosi di diabete mellito;

c) istruire gli operatori sociosanitari, gli insegnanti e gli istruttori sportivi e sensibilizzare su come prevenire, riconoscere e trattare le eventuali situazioni di urgenza.

IL 26 ottobre del 2016 con una “Mozione sulla somministrazione dei farmaci in contesti specifici” (Senato della Repubblica 2016), il Governo si è impegnato ad intraprendere un percorso volto, tra le altre cose, a:

1) garantire le migliori condizioni per promuovere un percorso competente ed attento di accoglienza e di inserimento degli alunni affetti da patologia diabetica al fine di tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica, in particolare assicurando:

a) che anche durante l'orario scolastico, oltre allo svolgimento in sicurezza delle attività ludico-sportive, vengano garantiti i controlli periodici della glicemia, la gestione di eventuali crisi ipoglicemiche e la somministrazione dei farmaci in orario scolastico, tale da garantire sia la somministrazione programmata, sia la somministrazione al bisogno o in condizioni di emergenza-urgenza, tramite personale infermieristico, attuando le forme di accordo, organizzazione e collaborazione che si rendano a tal fine necessarie;

b) oltre a un'adeguata alimentazione, anche una specifica assistenza durante lo svolgimento dei pasti, che preveda la pesa delle portate e il relativo calcolo dei carboidrati, ai fini della corretta somministrazione dell'insulina;

c) il diritto della famiglia o degli esercenti la potestà genitoriale di introdurre all'interno dell'edificio scolastico alimenti e bevande necessari al controllo della patologia;

2) avviare la progressiva elaborazione di un disegno unitario nazionale, tale da garantire in ogni Regione, nel rispetto delle rispettive competenze, adeguati processi in questo ambito, realizzando una revisione e un aggiornamento della normativa di riferimento, in modo da renderla organica, sistemica e rispondente alle esigenze emergenti;

3) fornire agli istituti scolastici nazionali i mezzi necessari al fine di svolgere al meglio il loro ruolo nei confronti dello studente con diabete, sia sotto il profilo della crescita psicologica sia sotto quello dell'assistenza e della vigilanza attraverso i team specialistici e la medicina territoriale, che garantiscano la loro disponibilità per incontri di formazione con i dirigenti e gli insegnanti o altro personale scolastico.

Tra i documenti più recenti ed assennati, che si pongono sul binario tracciato dal Governo, si segnalano in questa sede le linee guida per l'assistenza ed accoglienza del minore con diabete a scuola, della regione Marche, approvato nell'ottobre del 2017 (Regione Marche 2017) e quello della Regione Emilia approvato il 2/9/19 (Emilia e Romagna 2019)

Il documento pubblicato dalla Regione Emilia Romagna è un aggiornamento delle linee guida del 2012 e ha l'approvazione dell'ufficio scolastico regionale. Il documento promuove l'uso della tecnologia e la de-medicalizzazione dei bambini, è orientato alla formazione strutturata del personale scolastico, sia per sensibilizzare e diffondere la cultura del DMT1, che per ricercare personale scolastico che su base volontaria possa supportare i minori senza l'intervento di personale sanitario esterno.

Ove necessario il personale sanitario continuerà a supportare i nostri bambini, ma questa metodica crea disagio al bambino che deve interrompere la lezione, uscire e fare la terapia in altro ambiente, inoltre troppo spesso subisce il disagio del ritardo dell'infermiere (traffico, neve o altro) e deve mangiare in ritardo.

Per quanto attiene l'opinione delle Società Scientifiche più accreditate, secondo le linee guida ADA pubblicate nel 2015 (Jackson CC, 2015) i genitori/tutori e il team diabetologico dovrebbero sviluppare insieme al personale della scuola un “piano individualizzato di cura”, che comprenda le informazioni necessarie affinché il ragazzo con diabete partecipi al pari dei suoi coetanei e con sicurezza all'esperienza della scuola. La cura appropriata del diabete a scuola è necessaria nell'immediato per la sicurezza del ragazzo, ma anche per il benessere a lungo termine e per l'ottenimento delle migliori prestazioni scolastiche (National Diabetes Education Programm 2012;

ADA 2011). Un numero adeguato di insegnanti e/o altri dipendenti della scuola membri del personale scolastico, dovrebbero essere coinvolti in un'attività di informazione per conoscere la malattia e le necessità legate al suo controllo al fine di favorire l'inserimento e la permanenza scolastica dello studente con diabete, adoperandosi affinché egli possa partecipare a tutte le iniziative, tenendo presente le precauzioni del caso e le procedure necessarie in caso di ipoglicemia o iperglicemia.

Il controllo glicemico è uno strumento di sicurezza nel corso della vita scolastica, perché permette di prevenire le ipoglicemie gravi e riduce il tempo e la frequenza delle occasioni in cui lo studente dovrà distogliere l'attenzione dalle attività scolastiche. La frequenza del controllo glicemico dovrà essere riportata nel piano individuale di trattamento; esso verrà inoltre effettuato tutte le volte che il bambino, adolescente o giovane presenterà sintomi riferibili a ipo- o iperglicemia (Jackson CC, 2015). Il personale scolastico docente e non docente deve consentire al bambino con diabete di assumere spuntini per prevenire o trattare un'ipoglicemia, non lasciare soli i ragazzi e fornire loro supporto sino a completa stabilizzazione del valore glicemico secondo quanto indicato nel piano individuale di trattamento, usare il bagno e bere acqua quando necessario, assentarsi da scuola per i controlli sanitari e consentire allo studente che sia in grado di effettuare da sé le procedure della terapia e del controllo glicemico di provvedervi in forma autonoma (National Diabetes Education Programm 2012).

Lo studente con diabete deve avere immediato accesso a ciò che occorre per la cura del diabete in ogni momento, con supervisione se è necessaria, in classe e/o in qualunque altro luogo pertinente alle attività scolastiche e deve poter provvedere a trattare la malattia ovunque si trovi per un'attività scolastica (Senato della Repubblica 2016).

Sarà necessario conservare gli alimenti da usare in caso di ipoglicemia in un luogo facilmente accessibile, ma protetto, e controllare con regolarità la quantità disponibile, chiedendo ai genitori di reintegrare immediatamente le quantità eventualmente usate. Gli episodi iperglicemici raramente rappresentano un'emergenza a scuola; frequenti e prolungate iperglicemie in ambiente scolastico devono essere segnalate ai genitori che provvederanno all'adeguamento della dose insulinica nel piano individuale di trattamento. Se il bambino, adolescente e giovane usa il microinfusore, in coincidenza di episodi iperglicemici è necessario chiedergli di controllare che sia correttamente connesso (ADA 2011). Anche il desiderio di privacy dello studente o del genitore/tutore per il test e i necessari provvedimenti devono essere garantiti.

Nel caso in cui venga previsto dall'orario scolastico è importante che a pranzo il bambino o il giovane con diabete si alimenti come i compagni, dal momento che la refezione scolastica dovrebbe essere sana ed equilibrata parimenti per tutti gli scolari (Linee-guida per l'educazione alimentare 2011). Il personale scolastico dovrà solo vigilare che il ragazzo assuma tutti i carboidrati previsti e nel caso in cui non riesca a finire la pasta o il pane, invitarlo a sostituirlo con un altro alimento con carboidrati. Molto importante sarà la vigilanza sui bambini molto piccoli, a causa del rischio che possano distrarsi e non terminare il pasto o mangiare troppo lentamente. Se sono previste feste a scuola, sarà opportuno avvertire i genitori il giorno precedente, in modo che possano adeguare la dose insulinica (Linee-guida per l'educazione alimentare 2011).

Il diabete non impedisce a un bambino, adolescente e giovane di praticare attività sportive individuali e di squadra. L'insegnante di educazione fisica deve conoscere i sintomi dell'ipoglicemia e in palestra devono essere presenti gli alimenti che ne consentono la correzione e le indicazioni scritte per il suo trattamento. È necessario avvertire i genitori in modo che possano apportare gli opportuni adattamenti terapeutici nei giorni in cui è prevista l'attività fisica. Se il bambino, adolescente e giovane pratica terapia con microinfusore e il suo piano di trattamento prevede che venga tolto durante l'attività fisica, occorre prevedere un posto protetto e sicuro dove conservarlo (Jackson CC, 2015).

Il ragazzo con diabete non deve ricevere un trattamento diverso, in quanto il suo impegno e le sue potenzialità sono uguali a quelle dei suoi compagni. In caso di ipoglicemia nel corso di interrogazioni o compiti in classe sarà però necessario consentirgli di recuperare la sufficiente

concentrazione e, in casi in cui la glicemia è molto bassa o prolungata, sarà opportuno rinviare la prova stessa (National Diabetes Education Programm 2012).

In caso di iperglicemia, in cui compaiono sete intensa e necessità impellente di urinare, anche durante lo svolgimento di tali prove, è indispensabile consentire al ragazzo di recarsi in bagno o di assumere acqua (ADA 2011).

Non esistono motivi per escludere o scoraggiare la partecipazione del bambino, adolescente e giovane con diabete alle gite scolastiche. Spesso rappresentano per il ragazzo una motivazione potente per superare le sue paure e incertezze rispetto al diabete e imboccare il cammino verso una progressiva autonomia. Sarà fondamentale, nel mettere a punto il programma del viaggio: prevedere che ci siano pasti il più possibile regolari con apporto di carboidrati; fornire ai genitori il programma dettagliato delle giornate e l'attività fisica connessa, in modo da consentire il preventivo adattamento della terapia; chiedere un elenco di numeri di persone e/o sanitari di riferimento da chiamare in caso di necessità; assicurarsi che il ragazzo abbia sempre con sé gli alimenti per correggere le glicemie basse e il glucometro per misurarle e abbia a disposizione il glucagone (ADA 2011).

È inoltre necessario assicurarsi che il ragazzo faccia regolarmente la dose insulinica e, in caso di attività fisica non prevista, ricordare al ragazzo di assumere carboidrati extra. Se il ragazzo non è autonomo nella gestione della terapia sarà necessario prevedere una figura ad hoc che si occupi di lui (Ministero della Pubblica Istruzione 2005).

Il documento strategico di intervento integrato condiviso da AGD Italia, Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione (Documento strategico di intervento 2013) propone inoltre un modello di percorso di gestione integrata specificando i diritti dello studente stesso affetto da diabete e di tutti gli attori coinvolti nel percorso di cura, nel rispetto dei reciproci ruoli istituzionali o familiari e compatibilmente con l'assetto organizzativo locale, ovvero:

- la famiglia e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- il Servizio Sanitario con le sue articolazioni;
- il sistema scolastico;
- le associazioni per l'aiuto ai giovani con diabete;
- le organizzazioni di volontariato organizzato e di sostegno alla persona;
- gli enti locali (Province e Comuni).

Poiché le raccomandazioni del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e del ministro della Salute del 25/11/2005 per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico non contemplano tutta la gamma di situazioni da affrontare, il documento di indirizzo strategico (Documento strategico di intervento 2013) chiarisce il percorso integrato necessario al rilascio della certificazione sanitaria per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, individuando precisi criteri in considerazione dei quali può essere prevista:

- assoluta necessità;
- somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione;
- fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario ma adeguatamente formato.

Viene inoltre specificato che:

- il soccorso e l'assistenza di alunni con diabete che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
- tale attività di soccorso e l'assistenza rientrano in un piano terapeutico stabilito da sanitari del SSN, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;

– la prestazione di soccorso e l'assistenza viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardante la patologia, che può rientrare nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.

Viene prevista l'adozione di protocolli scritti condivisi per la gestione dell'ordinario (insulina e controllo glicemico) e delle emergenze (glucagone) e indicazioni specifiche nei casi di autosomministrazione, somministrazione a opera di un familiare, modificazioni della terapia, passaggio dell'alunno ad altro Istituto/Scuola/Ente di formazione professionale e programmi di formazione/informazione a:

– personale docente, non docente ed educatori;

– educatrici ed educatori dei nidi d'infanzia;

– personale dei centri estivi, del pre- e post-scuola

e di ogni altro contesto educativo in cui possa presentarsi necessità di somministrazione di farmaci (campi studio/centri diurni e socio-riabilitativi ecc.);

– personale identificato ai sensi del TU sicurezza (DLgs 81/08) nella scuola;

– personale sanitario;

– famiglia;

– associazioni di volontariato.

Alle iniziative di formazione/informazione viene prevista anche la partecipazione delle associazioni di tutela (familiari di alunni con diabete mellito) per garantire l'apporto di contenuti operativi e di corretta relazione con gli alunni. Il documento sottolinea che la formazione del personale coinvolto potrà concludersi con il rilascio di un attestato che documenti la competenza acquisita (Documento strategico di intervento 2013).

Criticità

Solo alcune regioni hanno accettato il Documento AGDI- Diabete Italia (ultima Emilia Romagna il 2/9/19, la Campania, la Sicilia, la Sardegna, Marche, Umbria, Abruzzo, Lazio).

Anche in alcune regioni che hanno recepito il documento non è poi seguita una implementazione (solo in Emilia sono partiti i corsi per il personale docente organizzati dalla regione).

Alcune associazioni insistono per la medicalizzazione con infermiere che fa insulina (non ci sono i fondi).

Proposte e raccomandazioni

Riconoscere su scala nazionale la Legge 104 minori per consentire ai genitori un ausilio per la terapia a scuola.

CAPITOLO 6

La certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica per Persone con diabete

(a cura dell'ANIAD – Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici)

La tutela sanitaria delle attività sportive rientra all'interno del principio generale di tutela della salute garantito dall'art. 117 della Costituzione e quindi la tutela sanitaria dell'atleta è sempre stata una priorità del nostro sistema sanitario. Nel 1978 la Legge 833 istituisce i servizi di Medicina dello Sport e fin dal 1982, con il Decreto Ministeriale "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica", è stata regolamentata, a tutela dello sportivo, la partecipazione dei cittadini ad attività agonistiche mediante un certificato di idoneità rilasciato dallo specialista in Medicina dello Sport.

Dal 1987, grazie alla Legge 115/87, che per prima in Europa ha affrontato le tematiche inerenti la malattia diabetica spazzando via molti pregiudizi, l'attività fisica agonistica e non agonistica è consentita anche a chi ha il diabete purché esente da complicanze invalidanti. Gli articoli 8 e 9 della Legge 115/87 ne chiariscono l'ambito di applicazione:

LEGGE 115/87 R/XCVIII L. 16 marzo 1987, n. 115.

8.1. La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali.

8.2. Il certificato di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive agonistiche viene rilasciato previa presentazione di una certificazione del medico diabetologo curante o del medico responsabile dei servizi di cui all'articolo 5, attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico.

9.1. Per il raggiungimento degli scopi di cui all'articolo 1, le unità sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e dell'aiuto delle associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dall'articolo 45 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La certificazione del medico diabetologo è propedeutica all'emissione del certificato di Idoneità agonistica rilasciato dallo specialista in medicina dello sport cui spetta il giudizio finale nell'ambito dei confini della Legge. Ciò ha determinato e determina talora delle discrasie di valutazione, pur certificando il diabetologo l'esistenza dei criteri "permissivi" (malattia compensata, autocontrollo e terapia ottimale, assenza di complicanze invalidanti) legate alla cosiddetta "medicina difensiva". Va detto che l'atleta con diabete può inoltrare ricorso, in caso di diniego, alla commissione provinciale facendosi affiancare in quella sede dal proprio diabetologo di fiducia.

In realtà a distanza di 32 anni dalla Legge tutta la materia andrebbe rivista in considerazione degli enormi progressi della diabetologia (microinfusori, sensori, sistemi integrati, nuove insuline, etc) e degli innumerevoli esempi di attività agonistica anche strenua che le associazioni come l'ANIAD attraverso i propri atleti hanno fornito. Altro aspetto da riformare riguarda i costi per gli accertamenti richiesti e per la stessa visita medico-sportiva che non rientrano nelle prestazioni previste dal codice 013 di esenzione ticket per diabete che spesso sono onerosi e vanni ripetuti

annualmente. È singolare che un sistema sanitario che promuove in modo ufficiale l'attività fisica nelle persone con diabete come è chiaramente scritto nel Piano Sanitario Nazionale sulla Malattia Diabetica, richieda poi la partecipazione alla spesa sanitaria per ottenere l'idoneità ad effettuare l'attività fisica stessa, anche in considerazione del risparmio di spesa sanitaria globale, certificato dalla letteratura scientifica, a seguito della regolare pratica fisica.

Questo aspetto, unitamente alla richiesta per una defiscalizzazione dei costi sostenuti per effettuare la pratica sportiva (iscrizione a palestre, acquisto di strumenti per la fitness casalingo come i tapis roulant) è stato oggetto di una proposta di ANIAD alle commissioni inter gruppo parlamentare nella seduta/audizione del 3 agosto 2016.

Il certificato per l'attività fisica non agonistica può essere invece redatto dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta o dal medico specialista in Medicina dello Sport ovvero dei medici della Federazione medico sportiva Italiana del Comitato Olimpico Nazionale Italiano e non richiede abitualmente esami propedeutici riempiendo un modello del tipo di quello indicato (vedi Appendice) ad eccezione di un ECG come riportato nella Nota Esplicativa del DMS 8 agosto 2014.

In questo breve capitolo a cura di ANIAD ci preme affrontare un argomento che ci sta molto a cuore e cioè la abolizione dell'insulina come farmaco dopante. È indubbio l'effetto dell'insulina se usato a scopo anabolizzante da sportivi con pochi scrupoli ma dover dimostrare attraverso una procedura complessa con modulistica solo in lingua inglese che deve essere approvata da un'apposita commissione, da parte di un atleta con diabete di tipo 1 che usa l'insulina come farmaco salvavita' è veramente mortificante.

Il problema è complesso perché una eventuale derubricazione relativa solo a persone "certificate" come diabetici di tipo 1, deve essere decisa e approvata da un organismo internazionale che controlla il doping in ambito sportivo agonistico e professionistico (WADA World Anti-Doping Agency)

Per tutelare la dignità degli atleti diabetici ANIAD ha deciso di coinvolgere altrettanti organismi nazionali ed internazionali. In luglio 2019 è stato stabilito con la FMSI (Federazione Medico-Sportiva Italiana) di istituire una commissione congiunta per studiare i termini tecnici della problematica e per stilare un documento che sarà sottoposta a WADA dalla IDF (International Diabetes Federation) di cui ANIAD è membro. Intanto per sollevare la problematica ANIAD porterà un poster accettato e discusso in aula al congresso internazionale IDF di Busan (Corea) nel dicembre 2019.

APPENDICE

LEGGI E DISPOSIZIONI ATTUATIVE NAZIONALI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO

Titolo V della Costituzione

Legge 16 marzo 1987, n. 115. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 71, 26/03/1987
Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle
persone handicappate (GU n.39 del 17-2-1992 - Suppl. Ordinario n. 30)

Legge 68/99 Norme per il diritto al lavoro per i disabili

Riforma del Titolo V Legge Costituzionale 3/2001

Decreto Legislativo 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali

Decreto Legislativo 18 aprile 2011 n. 59 Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE
concernenti la patente di guida

Circolare del Ministero della Salute, Prot. n. 0017798-p - 25.07.2011. Requisiti per l'idoneità alla
guida - Indicazioni operative

Decreto Legislativo 16 gennaio 2013, n. 2-Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 18 aprile
2011, n. 59 e 21 novembre 2005, n. 286, nonché attuazione della direttiva 2011/94/UE recante
modifiche della direttiva 2006/126/CE, concernente la patente di guida. (13G00019)

Decreto 22 dicembre 2015-Recepimento della direttiva della Commissione 2014/85/UE recante
modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la
patente di guida. (16A00299)

Piano sulla Malattia Diabetica. Accordo del 6/12/2012 della conferenza permanente per i rapporti
tra lo stato e le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano.

Ministero della Salute, Commissione Nazionale Diabete, Direzione generale per la Programmazione
Sanitaria. Piano sanitario per la malattia diabetica. Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7.2.2013 -
Supplemento ordinario n. 9. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf

Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e
giovane con diabete in contesti Scolastici, Educativi, Formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura,
alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita. AGD Italia in collaborazione con Ministero
della Salute Ministero dell'Istruzione, dell'Università, della Ricerca.

Novembre 2013. www.agditalia.it/pdf/AGDI_senato.pdf

Decreto del Ministero della Salute 9/12/2015. Condizioni di erogabilità e indicazione di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili dal SSN.

Piano Nazionale Cronicità. 2016-Conferenza Stato Regioni. Documento che, nel contesto del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela dei pazienti affetti da malattie croniche.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/1/2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502

Tabella menomazioni INAIL

La tabella seguente – che costituisce l’allegato n. 1 al Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 12 luglio 2000 (in Suppl. ordinario n. 119, alla Gazz. Uff. n. 172, del 25 luglio) – riporta le valutazioni del danno biologico per le varie menomazioni elencate e organizzate secondo criteri specifici.

L’elencazione delle menomazioni segue la seguente suddivisione: apparato cardio-circolatorio, cicatrici e dermopatie, apparato digerente, apparato emopoietico, apparato endocrino, patologia erniaria, neoplasie, apparato nervoso, apparato osteoarticolare e muscolare, apparato otorinolaringoiatrico, apparato respiratorio, apparato sessuale, apparato visivo.

La descrizione della menomazione esplicitata nelle singole voci è riferibile al valore massimo indicato in tabella.

Danni composti. Nel caso di danni composti, vale a dire comprensivi di più menomazioni, la valutazione non potrà essere il risultato della somma delle singole menomazioni tabellate. In tali casi, infatti, si dovrà procedere a stima complessiva del danno con riferimento all’entità del pregiudizio effettivo dell’apparato e/o della funzione interessata dalle menomazioni.

In caso di danni policroni professionali, sia riferibili a menomazioni ricadute in franchigia, sia a menomazioni indennizzate con capitale o in rendita, il danno biologico permanente finale sarà sempre il risultato di una valutazione complessiva. La stessa sarà guidata dai criteri comunemente utilizzati nella valutazione di menomazioni coesistenti e concorrenti.

Menomazioni concorrenti. Per menomazioni concorrenti devono intendersi quelle che incidono su organi od apparati strettamente sinergici.

In caso di abolizione di funzione di organo o di senso pari (reni, occhi, ecc.), qualora la stessa ricada su soggetti portatori di preesistenza extralavorativa o lavorativa, incidente sullo stesso organo o senso, il danno biologico permanente sarà uguale all’abolizione bilaterale tabellata.

L’applicazione della formula Gabrielli nei casi previsti dalla normativa vigente è, invece, indicata qualora debbano valutarsi anche perdite parziali di organo o senso pari.

Valutazione del danno. Nella valutazione del danno la perdita funzionale non è equiparata a quella anatomica. Quest’ultima assume, di norma, connotazione di maggiore gravità. Nell’ambito della stima del danno, il computo dei disturbi correlati, a carattere locale, non può portare a valutazioni superiori a quelle previste per la perdita anatomica del segmento interessato.

Ulteriori criteri applicativi sono stati inseriti al termine dell’elencazione delle voci tabellari.

Apparato cardio-circolatorio	
Cardiopatie riconducibili a classe I NYHA	Fino a 10
Cardiopatie riconducibili a classe II NYHA Con frazione d’ieiezione tra 50% e 40%	11-30
Cardiopatie riconducibili a classe III NYHA a. con frazione d’ieiezione tra 39% e 30% b. con frazione d’ieiezione inferiore a 30%	31-70 31-60 61-70
Cardiopatie riconducibili a classe IV NYHA	> 70
Esiti anatomici di pericardite o pericardiectomia senza disturbi funzionali di rilievo	Fino a 8
Disturbi del ritmo e/o della conduzione di significato clinico-patologico ma non richiedenti trattamento farmacologico	Fino a 5

Disturbi del ritmo e/o della conduzione complessi controllabili con trattamento farmacologico e/o con impianto di pace maker	Fino a 10
Disturbi del ritmo e/o della conduzione persistenti nonostante trattamento farmacologico o impianto di pace maker, a seconda della complessità del disturbo residuo	Fino a 45
Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe I NYHA	40
Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe II NYHA	50
Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe III NYHA	75
Iperensione arteriosa non complicata e controllata con trattamento dietetico o farmacologico	Fino a 5
Iperensione arteriosa non complicata, non perfettamente controllata con terapia ovvero controllata mediante complesso trattamento farmacologico	Fino a 10
Iperensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra ecocardiograficamente apprezzabile, alterazioni del fondo oculare di 1° e 2° grado e/o iniziale interessamento renale	Fino a 25
Iperensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fondo oculare di 3° grado, insufficienza renale moderata	Fino a 40
Iperensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fondo oculare di 3° grado, insufficienza renale grave	Fino a 50
Iperensione maligna, a seconda dell'interessamento sistemico	> 50
Arteriopatia arti superiori -Il paziente non accusa dolore a riposo né sotto sforzo, calcificazioni e dilatazioni dei vasi apprezzabili strumentalmente	Fino a 5
Arteriopatia arti superiori -Dolore a seguito di impegno fisico degli arti; sono presenti ulcere persistenti, a seconda del livello e della mono o bilateralità	Fino a 20
Arteriopatia arti superiori -Presenza di disturbi trofici con amputazioni, a seconda del livello e della mono o bilateralità	21-85
Sindrome dello stretto toracico in fase iniziale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 6
Arteriopatia arti inferiori -Pazienti in stadio I di Fontaine-Lériché	Fino a 5
Arteriopatia arti inferiori -Pazienti in stadio II di Fontaine-Lériché	6-20
Arteriopatia arti inferiori -Pazienti in stadio IIb di Fontaine-Lériché	21-30
Arteriopatia arti inferiori -Pazienti in stadio III di Fontaine-Lériché	31-55
Arteriopatia arti inferiori -Pazienti in stadio IV di Fontaine-Lériché	Fino a 80
Flebo-linfopatie arti inferiori -Soggetti con flebolinfostasi regredibile mediante adeguata elastocompressione, con edema serotino, cianosi, parestesie, sofferenza alla marcia	Fino a 5
Flebo-linfopatie arti inferiori -Sindrome postflebitica totalmente o parzialmente ricanalizzata. Varici complicate da varicoflebiti con segni importanti di stasi e/o turbe trofiche. In ambedue i casi	Fino a 20

possono essere presenti retrazioni cicatriziali	
Flebo-linfopatie arti inferiori – Pazienti portatori di: trombosi venosa profonda, malattia post-flebitica con ostruzione permanente dei collettori profondi e importanti segni di stasi. Linfedema medio-grave ed irreversibile; ulcerazioni profonde bilaterale; varicorrage	Fino a 50
Linfedema mostruoso, irreversibile, degli arti inferiori	Fino a 70
Vasculopatia, aneurismi dell'aorta – 1 a) Esiti di intervento chirurgico o di endoprotesi su aneurisma dell'aorta, a seconda del livello e dei disturbi residui b) Esiti di intervento chirurgico su aneurisma complicato dell'aorta, a seconda del livello e dei disturbi residui	Fino a 20 Fino a 30
Vasculopatia, aneurismi dell'aorta – 2 Aneurisma dell'aorta non operabile, a seconda del tratto, dell'estensione e del diametro	Fino a 45
Vasculopatia, sindrome di Raynaud – 1 Assenza del fenomeno di Raynaud, assenza del recupero della temperatura cutanea e del polso sino a 40' dalla fine del cold-test, pronta risposta alla trinitrina	Fino a 5
Vasculopatia, sindrome di Raynaud – 2 Forme subcliniche con fenomenologia di Raynaud; comparsa di tipica crisi ischemica nel corso del cold-test a carico delle falangi distale ed intermedia di più dita, pronta risposta alla trinitrina	Fino a 12
Vasculopatia, sindrome di Raynaud – 3 Presenza di disturbi trofici: ulcerazioni superficiali a carico dell'estremità superiori, assenza assoluta di risposta alla trinitrina	Fino a 20

Cicatrici e dermopatie	
Cicatrici cutanee, non interessanti il volto ed il collo, distrofiche, discromiche	Fino a 5
Cicatrici cutanee deturpanti, non interessanti il volto ed il collo	Fino a 12
Cicatrici cutanee, interessanti il volto ed il collo, a seconda della natura, della estensione e del complessivo pregiudizio fisionomico o fisiognomico, fino alla deturpazione	Fino a 30
Dermopatia cronica a genesi irritativa, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 7
Dermopatia cronica a genesi irritativa, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico	Fino a 16
Stato di sensibilizzazione con risposta dermatitica ad allergene (professionale, non professionale) a seconda della gravità e della frequenza delle riacutizzazioni	Fino a 5
Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 8
Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il	Fino a 20

volto e/o il collo e gli arti	
Perdita di singoli elementi dentari, se non protesizzabili a. incisivo inferiore b. incisivo superiore c. canino d. premolare e. I molare f. II molare g. III molare	0,5 1,0 1,25 0,75 1,25 1,0 0,5
Esiti di fratture del condilo mandibolare consistenti in sintomi ed alterazioni condilari minori	Fino a 4
Esiti di fratture del condilo mandibolare consistenti in sintomi ed alterazioni condilari maggiori	Fino a 8
Esiti di lesione del condilo mandibolare consistenti in importante sindrome algico-disfunzionale e irreversibile deficit articolare (distanza i.c. intorno a 20 mm)	Fino a 12

Apparato digerente	
Stenosi esofagea di grado moderato con alterazione del transito e necessità di adeguato regime alimentare, senza ripercussioni sullo stato nutrizionale generale, a seconda del grado di disfagia	Fino a 10
Stenosi esofagea marcata con ripercussioni sullo stato nutrizionale generale, necessità di trattamento terapeutico e di alimentazione semiliquida	Fino a 20
Stenosi esofagea serrata e disturbi funzionali conseguenti	Vedasi voci da n. 53 a n. 56
Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni saltuari senza ripercussione sullo stato generale, richiedente trattamento dietetico e/o farmacologico, senza palese limitazione delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 8
Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomatologia intermittente, apprezzabile nelle fasi di acuzie, non condizionante funzioni di assorbimento ed escretorie, con opportunità di trattamento medico e cautele igieniche costanti, con apprezzabile e concreta limitazione di alcune delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 15
Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomatologia subcontinua, ripercussione sullo stato generale ed eventuale perdita di peso, richiedente necessità di trattamento farmacologico, dietetico e cautele igieniche, interferenza sulle attività ordinarie superiore a quella della classe precedente	Fino a 25
Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni continui di grado moderato, compromissione dello stato generale e perdita di peso intorno al 20% rispetto a quello usuale per il soggetto e comunque al di sotto di quello ideale, necessità di trattamento medico e/o chirurgico, limitazione concreta delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 40
Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni continui o subcontinui di entità severa,	Fino a 55

rilevante perdita di peso comunque superiore ai livelli della classe precedente, trattamento medico e/o chirurgico non efficace, conservazione dell'autonomia gestionale e relazionale nel contesto di una concreta e grave limitazione delle attività svolte dal soggetto	
Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, severa compromissione dello stato generale conseguente alla alterazione delle funzioni gastro-intestinali, inefficacia dei trattamenti medici e/o chirurgici, dimagrimento non altrimenti controllato, riflessi sull'autonomia personale del soggetto e/o con obbligata degenza a letto e/o con impossibilità allo svolgimento delle attività minime relazionali	> 55
Incontinenza dello sfintere anale totale e permanente, con disturbi secondari locali	Fino a 40
Ano preternaturale, a seconda della malattia di base	Fino a 40
Esiti di lesione epatica contusivo-emorragica e/o discontinuativa consistente in cicatrici, disturbi post-aderenziali e/o modeste alterazioni bioumorali	Fino a 8

Apparato emopoietico	
Esiti di epatectomia per 1/3 dell'organo, con alterazioni bioumorali	Fino a 16
Epatite cronica con alterazioni morfologiche ecografiche e cliniche di lieve entità, modifiche modeste degli indici bioumorali, assenza di fibrosi	Fino a 8
Epatite cronica con segni di moderata fibrosi, alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità, epatomegalia	Fino a 25
Epatite cronica con segni di discreta attività, alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità, splenomegalia; a seconda anche della positività HBV o HCV in caso di genesi virale	Fino a 45
Epatite cronica con segni di ascite conclamata ma controllabile con trattamento medico-dietetico, a seconda del grado di encefalopatia	Fino a 60
Epatite cronica con segni di ascite scompensata, difficilmente controllabile con terapia medico-dietetica, a seconda delle complicanze comparse e soprattutto del grado di encefalopatia	> 60
Esiti di colecistectomia, a seconda dei disturbi residui	Fino a 5
Pancreatite cronica con dolore continuo-subcontinuo, con segni di iniziale insufficienza esocrina e necessità di trattamento farmacologico	Fino a 15
Pancreatite cronica con conclamata sindrome da malassorbimento e rilevante calo ponderale	Fino a 40
Anemia aplastica di grado non grave, a seconda anche dell'efficacia del trattamento	Fino a 20
Anemia aplastica grave, a seconda delle manifestazioni cliniche e dell'efficacia del trattamento	Fino a

(neutrofili < 500 /mm, piastrine < 20.000 /mm, reticolociti < 40.000 /mm)	60
Anemia aplastica molto grave, a seconda anche dell'efficacia del trattamento (neutrofili < 200 /mm, piastrine < 20.000 /mm, reticolociti < 40.000 /mm)	> 60
Anemia emolitica non immune con buon compenso midollare	Fino a 10
Anemia emolitica non immune con necessità terapeutiche, a seconda delle manifestazioni cliniche	Fino a 35
Anemia emolitica non immune grave	> 35
Disordini emorragici da piastrinopenia non grave, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi	Fino a 10
Disordini emorragici da piastrinopenia grave, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi (piastrine <= 20.000 /mm)	Fino a 40
Disordini emorragici da piastrinopenia severa, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi (piastrine <= 10.000 /mm)	> 40
Porfiria cutanea tarda con manifestazioni cliniche apprezzabili e costanti	Fino a 10
Porfiria cutanea tarda, complicata con epatopatia a seconda del grado	> 10
Leucemia mieloide cronica in fase iniziale, asintomatica, a seconda delle necessità e degli effetti terapeutici	Fino a 40
Leucemia mieloide cronica con disturbi minori	Fino a 80
Leucemia mieloide cronica in fase accelerata	> 80
Leucemia mieloide cronica in fase blastica	100
Leucemia linfatica cronica con interessamento sino a tre stazioni linfonodali, stadio A della classificazione internazionale, a seconda dei disturbi e delle necessità terapeutiche	Fino a 30
Leucemia linfatica cronica con più di tre stazioni linfonodali coinvolte, stadio B della classificazione internazionale, a seconda dei sintomi sistemici progressivi	Fino a 80
Leucemia linfatica cronica stadio C della classificazione internazionale, con anemia e piastrinopenia gravemente sintomatiche, indipendentemente dalle stazioni linfonodali coinvolte	> 80

Apparato endocrino

Linfomi non-Hodgkin's -Linfomi B a basso grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, in base allo	Fino a
--	--------

stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	30
Linfomi non-Hodgkin's -Linfomi B ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	> 30
Linfomi non-Hodgkin's -Linfomi T a basso grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, comprensivi dei linfomi T periferici non specificati, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 30
Linfomi non-Hodgkin's -Linfomi T ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, comprensivi dei linfomi T periferici non specificati, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	> 30
Recidive di linfomi non-Hodgkin's, già trattati con trapianto di midollo allogenico	> 80
Linfoma non-Hodgkin's in AIDS	> 80
Morbo di Hodgkin, stadio IA, IIA secondo Ann Arbor in base agli effetti cronici della terapia	Fino a 10
Morbo di Hodgkin, stadio IA, IIA con interessamento di almeno quattro siti o con presenza di massa tumorale; stadio IIIA, IB, IIB secondo Ann Arbor in base anche alla persistenza di sintomi ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 40
Morbo di Hodgkin, stadio IIIB, IVA, IVB secondo Ann Arbor	> 40
Mieloma multiplo in stadio I secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	Fino a 45
Mieloma multiplo in stadio II secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	Fino a 80
Mieloma multiplo in stadio III secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	> 80
Policitemia vera in fase proliferativa o stabile, a seconda del grado di eritrocitosi e trombocitosi, della sussistenza dei sintomi correlati e delle necessità terapeutiche	Fino a 25
Policitemia vera in fase spenta, a seconda del quadro sindromico correlato, della natura e dell'entità delle complicanze	> 25
Policitemia vera complicata da tumori o in trasformazione leucemica	> 80
Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), con linfociti TCD4+ > 500 /mm, a seconda della carica virale plasmatica	Fino a 16
Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), in trattamento, con linfociti TCD4+ compresi tra 200 e 500 /mm	Fino a 30
Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), in trattamento, con linfociti TCD4+ < 200 /mm	Fino a 45

Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio iniziale, con linfociti TCD4+ > 500 /mm, a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	Fino a 25
Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio intermedio, con linfociti TCD4+ compresi tra 200 e 500 /mm, a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	Fino a 45
Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio avanzato, con linfociti TCD4+ < 200 /mm, a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	Fino a 80
Infezione cronica da HIV in stadio tardivo, con linfociti TCD4+ < 50 /mm, a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	> 80
Splenectomia con necessità di accorgimenti terapeutici	Fino a 9
Diabete Mellito di tipo II in buon controllo metabolico	Fino a 10
Diabete Mellito di tipo II insulino-trattato, ben compensato	Fino a 15
Diabete Mellito di tipo II senza adeguato controllo metabolico	Fino a 25
Diabete Mellito di tipo II scompensato, a seconda dell'interessamento sistemico	> 25
Diabete Mellito di tipo I	Fino a 25
Diabete Mellito di tipo I instabile, a seconda dell'interessamento sistemico	> 25
Diabete insipido con assente o residuale poliuria, polidipsia, in trattamento	Fino a 5
Diabete insipido in controllo farmacologico incompleto, a seconda della sindrome residuale	Fino a 25
Esiti di tireopatia, ipo – iper, richiedenti trattamento, con manifestazioni cliniche conseguenti a disturbi funzionali marcati, persistenti	Fino a 20
Esiti di tiroidectomia, parziale o totale, a seconda dell'efficacia del trattamento sostitutivo farmacologico, con manifestazioni cliniche conseguenti a disturbi funzionali marcati	Fino a 22
Insufficienza surrenalica ben compensata con trattamento sostitutivo, in assenza o con sfumati effetti iatrogeni	Fino a 16
Insufficienza surrenalica non controllata farmacologicamente e a seconda delle crisi addisoniane e degli squilibri idro-elettrolitici	Fino a 50
Obesità con indice di massa corporea (IMC o BMI) compreso tra 40 e 60	Fino a 16

Patologia erniaria	
Ernia inguinale operabile	Fino a 5
Ernia crurale operabile	Fino a 5
Ernia epigastrica, ombelicale, ipogastrica operabile	Fino a 5
Laparocele, a seconda delle dimensioni (>10 cm)	Fino a 8
Ernie operate con successo	Da valutarsi come cicatrici semplici
Ernia diaframmatica operabile	Fino a 5
Ernia non operabile	Fino a 9

Neoplasie	
Lesioni precancerose efficacemente trattate	Fino a 5
Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale	Fino a 10
Recidive di neoplasia maligna che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale	Fino a 16
Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi quoad vitam superiore a 5 anni, a seconda della persistenza e dell'entità di segni e sintomi minori di malattia, comprensivi degli effetti collaterali della terapia	Fino a 30
Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi quoad vitam superiore a 5 anni; i pazienti richiedono speciali cure ed assistenza, sono sostanzialmente abili allo svolgimento delle necessità primarie ed agli atti del vivere comune	Fino a 60
Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi quoad vitam superiore a 5 anni, il supporto terapeutico ed assistenziale è necessario e continuo, il soggetto è severamente disabile, è indicata l'ospedalizzazione	Fino a 80
Neoplasie maligne con metastasi plurime diffuse e severa compromissione dello stato generale con necessità di ospedalizzazione ovvero di presidi domiciliari equivalenti, sebbene la morte non sia imminente	> 80
Cachessia neoplastica	100

Apparato nervoso		
Tetraplegia alta	100	
Emiplegia flaccida	85	
Emiplegia spastica con possibilità di deambulare con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto	Fino a 75	
Paraplegia	85	
Monoplegia dell'arto superiore	d.58	n.d.48
Monoplegia arto inferiore	55	
Tetraparesi, a seconda del deficit di forza	Fino a 80	
Paraparesi con deficit di forza di media entità, deambulazione consentita con appoggio	46 – 50	
Paraparesi con deficit di forza di lieve entità, deambulazione deficitaria ma possibile senza appoggio	40 – 45	
Monoparesi dell'arto superiore con grave deficit di forza e della compromissione dei movimenti fini della mano	d.fino a 45	n.d.fino a 40
Monoparesi dell'arto inferiore a seconda del deficit di forza e della compromissione deambulatoria	25-35	
Emiparesi con grave deficit di forza, deambulazione con appoggio, perdita o grave difficoltà ai movimenti fini della mano dominante	Fino a 60	
Emiparesi con medio deficit di forza, possibilità di deambulazione senza appoggio, difficoltà ai movimenti fini della mano dominante	Fino a 35	
Emiparesi con minimo deficit di forza e sfumati segni piramidali	Fino a 8	
Afasia non fluente (motoria o dell'area di Broca): Sfumata Lieve Media Grave	10 Fino a 30	20 Fino a 45
Afasia fluente (sensoperceptiva o dell'area del Wernicke): Sfumata Lieve Media Grave	Fino a 20 Fino a 45	Fino a 35 Fino a 65
Afasia globale: Media Grave	Fino a 65 > 80	
Paralisi totale del plesso brachiale	d.58	n.d.48
Sindrome radicolare superiore tipo Duchenne-Erb, a seconda del lato	Fino a 42	
Sindrome radicolare media tipo Remak, a seconda del lato	Fino a 25	
Sindrome radicolare superiore tipo Dejerine-Klumpke, a seconda del lato	Fino a 40	
Paralisi totale del nervo radiale a seconda del lato – alta	Fino a 35	

Paralisi totale del nervo radiale a seconda del lato – bassa	Fino a 25
Paralisi totale del nervo mediano, a seconda del lato e della fase (irritativa, deficitaria, paralitica) – alta	Fino a 40
Paralisi totale del nervo mediano, a seconda del lato e della fase (irritativa, deficitaria, paralitica) – bassa	Fino a 35
Esiti neurologici di sindromi canalicolari (a tipo tunnel carpale) con sfumata compromissione funzionale, a seconda dell'efficacia del trattamento e della mono o bilateralità	Fino a 7
Paralisi totale del nervo ulnare, a seconda del lato e del livello	Fino a 25
Esiti neurologici di sindromi canalicolari (a tipo tunnel/canale di Guyon, canale cubitale) con sfumata compromissione funzionale, a seconda dell'efficacia del trattamento, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 6
Paralisi totale del nervo circonflesso	16
Paralisi completa del nervo muscolo-cutaneo	15
Paralisi totale del nervo femorale	30
Paralisi totale del nervo sciatico, a seconda del livello	Fino a 40
Paralisi totale del nervo sciatico popliteo interno	18
Paralisi totale del nervo sciatico popliteo esterno	22
Paralisi periferica totale, monolaterale, del nervo facciale	Fino a 18
Nevralgia del trigemino, a seconda della frequenza delle crisi	Fino a 20
Deficit masticatorio da lesione del trigemino	Fino a 5
Deficit sensitivo da lesione del trigemino	Fino a 5
Epilessia con sporadiche crisi, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 10
Epilessia trattata farmacologicamente, a seconda della frequenza delle crisi (da mensili a settimanali) e del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 30
Epilessia non controllata farmacologicamente con crisi settimanali plurime, alterazioni di natura psichiatrica, ideomotorie e comportamentali, svolgimento di attività protette, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 60
Epilessia con grave compromissione psicofisica (scadimento sino alla perdita dell'autonomia personale) a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	> 60
Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato, a seconda dell'efficacia della psicoterapia	Fino a 6

Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda dell'efficacia della psicoterapia	Fino a 15
Sindrome soggettiva del traumatizzato cranico	Fino a 4
Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di lieve entità	10-20
Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di media entità	21-50
Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di grave entità	> 50
Sindrome prefrontale psicorganica non grave	Fino a 20
Sindrome prefrontale psicorganica grave o severa	> 20
Deterioramento mentale, sostanzialmente comparabile a stato deficitario semplice	Fino a 50
Deterioramento mentale generale	> 50
Demenza vera	> 90

Apparato osteoarticolare e muscolare	
Anchilosi del rachide in toto, a seconda del coinvolgimento nervoso	Fino a 60
Patologia vertebrale con deficit funzionale complessivo di media o grave entità, con disturbi trofico-sensitivi anche persistenti e disturbi motori solo episodici ma reversibili; quadro diagnostico-strumentale di discoartrosi pluridistrettuale, di grado severo, comunque presente nei tratti cervicale e lombare	Fino a 35
Patologia vertebrale con deficit funzionale complessivo di lieve entità o ai gradi estremi delle escursioni articolari, con disturbi trofico-sensitivi anche persistenti e disturbi motori solo intermittenti, reversibili; quadro diagnostico-strumentale di discoartrosi pluridistrettuale di grado medio-grave, comunque presente nei tratti cervicale e lombare	Fino a 25
Esiti di frattura somatica dell'atlante o dell'epistrofeo consistenti in deficit funzionale medio, in assenza di segni e sintomi neurologici persistenti	Fino a 10
Anchilosi del rachide cervicale in posizione favorevole	25
Esiti di frattura di vertebra cervicale con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità e disturbi trofico-sensitivi intercorrenti	Fino a 10
Esiti di duplice frattura vertebrale cervicale con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità ed artrosi reattiva locoregionale	Fino a 16
Esiti di frattura apofisaria cervicale con disfunzionalità residua	Fino a 5
Esiti di distorsione del rachide cervicale con deficit funzionale apprezzabile su base antalgica, disturbi radicolari di natura trofico-sensitiva	Fino a 4

Anchilosi del tratto dorsale	10	
Esiti di frattura di vertebra dorsale con residua deformazione somatica e dolore riflesso	Fino a 6	
Esiti di frattura della XII vertebra dorsale con residua deformazione somatica e deficit funzionale di media entità	Fino a 10	
Esiti di frattura dell'arco o di processo trasverso o di elementi posteriori con dolore riflesso	Fino a 3	
Anchilosi del tratto lombare con risentimento trofico-sensitivo, a seconda dei disturbi motori	Fino a 25	
Esiti di frattura di vertebra lombare con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità e/o disturbi trofico-sensitivi intercorrenti	Fino a 10	
Esiti di duplice frattura vertebrale lombare con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità ed artrosi reattiva locoregionale	Fino a 16	
Esiti di frattura apofisaria lombare con disfunzionalità residua	Fino a 4	
Esiti di frattura somatica vertebrale, apprezzabili strumentalmente, in assenza di ripercussione funzionale	Fino a 5	
Esiti di trauma distorsivo o contusivo-distorsivo del rachide lombare con deficit funzionale apprezzabile e disturbi radicolari intercorrenti di natura trofico-sensitiva	Fino a 6	
Esiti di frattura sacrale con deformazione residua e riflesso antalgico disfunzionale	Fino a 5	
Esiti di frattura coccigea consistenti in coccigodinia reattiva e deformazione ossea residua	Fino a 6	
Ernia discale del tratto cervicale con disturbi trofico-sensitivi persistenti	Fino a 12	
Ernia discale del tratto lombare con disturbi trofico-sensitivi persistenti	Fino a 12	
Esiti di frattura di clavicola apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 2	
Esiti di lussazione acromioclaveare o sternoclaveare apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4	
Esiti di frattura dello sterno apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 5	
Esiti di frattura della scapola, apprezzabili strumentalmente, in assenza di compromissione funzionale	Fino a 3	
Esiti di frattura di una costa apprezzabili con indagini strumentali	2	
Esiti di fratture costali multiple, viziosamente consolidate; per ogni costa	Fino a 1	
Perdita bilaterale degli arti superiori	85	
Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omerale, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	60-65	n.d.50-55
Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore o terzo medio, a seconda	55-	n.d.45-

dell'applicazione di protesi efficace	60	50
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole	d.25	n.d.20
Limitazione dei movimenti dell'articolazione scapolo-omerale ai gradi estremi	3	
Esiti di lussazione di spalla, apprezzabili strumentalmente, in assenza di ripercussioni funzionali	Fino a 4	
Instabilità di spalla:a. di grado severo (a tipo lussazione abituale)b. di grado medio (a tipo lussazione recidivante)	d.126	n.d.105
Esiti di lesione delle strutture muscolo-tendinee della spalla, apprezzabili strumentalmente, non comprensive del danno derivante dalla limitazione funzionale	Fino a 4	
Esiti di lesioni tendinee del muscolo bicipite brachiale, a seconda del deficit di forza	Fino a 6	
Esiti di frattura d'omero diafisaria, viziosamente consolidata, con dismorfismo, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4	
Anchilosi del gomito in posizione favorevole con prono-supinazione libera	d.18	n.d.15
Anchilosi del gomito in posizione sfavorevole	d.24	n.d.20
Esiti di epicondiliti, epitrocleiti e patologie muscolo-tendinee assimilabili, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 5	
Perdita totale dell'avambraccio, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	d.50-55	n.d.40-45
Esiti di frattura di radio, viziosamente consolidata, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4	
Esiti di frattura di ulna, viziosamente consolidata, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4	
Anchilosi del polso in estensione rettilinea, in supinazione	d.20	n.d.16
Anchilosi del polso in estensione rettilinea, senza limitazione della pronosupinazione	d.10	n.d.8
Movimenti di flesso-estensione del polso limitati ai gradi estremi	2	
Perdita bilaterale della mano	75	
Perdita della mano	d.55	n.d.45
Perdita di tutte le dita della mano	d.48	n.d.41
Perdita del pollice e del I metacarpo	d.22	n.d.18
Perdita totale del pollice	d.20	n.d.16
Perdita totale dell'indice	d.11	n.d.9

Perdita totale del medio	d.7	n.d.6
Perdita totale dell'anulare	d.6	n.d.5
Perdita totale del mignolo	d.8	n.d.7
Perdita della falange ungueale del pollice	d.9	n.d.8
Perdita della falange ungueale dell'indice	d.5	n.d.4
Perdita della falange ungueale del medio	d.3	n.d.2
Perdita della falange ungueale dell'anulare	2	
Perdita della falange ungueale del mignolo	d.3	n.d.2
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	d.7	n.d.6
Perdita delle ultime due falangi del medio	d.5	n.d.4
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	3	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	d.5	n.d.4
Esiti di frattura di scafoide con evoluzione in pseudoartrosi	Fino a 5	
Esiti di frattura di altro osso carpale, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3	
Esiti di frattura del primo osso metacarpale apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3	
Esiti di frattura di altro osso metacarpale, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2	
Anchilosi del pollice (metacarpofalangea e interfalangea) in posizione favorevole	d.15	n.d.12
Anchilosi dell'articolazione interfalangea del pollice	d.5	n.d.4
Anchilosi rettilinea dell'indice	d.8	n.d.5
Anchilosi rettilinea del medio	d.5	n.d.4
Anchilosi rettilinea dell'anulare	3	
Anchilosi rettilinea del mignolo	d.5	n.d.4
Esiti di tenovaginaliti del distretto polso-mano, apprezzabili strumentalmente, a seconda del grado e dell'estensione, in assenza o con sfumata limitazione funzionale	Fino a 4	
Perdita totale di coscia, bilateralmente, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	Fino a 80	
Perdita totale di coscia per disarticolazione coxo-femorale, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	45-60	

Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	35-50
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in posizione favorevole	30
Esiti di frattura di femore, apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
Anchilosi rettilinea del ginocchio (180°)	23
Esiti di patellectomia, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 6
Deficit articolare del ginocchio con flessione possibile da 50° a 90°	0 – 7
Deficit articolare del ginocchio con estensione impossibile negli ultimi 15° (da 165° a 180°)	Fino a 12
Lassità articolare del ginocchio per lesioni legamentose che non necessitano di intervento (a tipo di rotture parziali di un legamento, oppure di rotture complete ma ben compensate dal tono muscolare)	Fino a 4
Lassità articolare del ginocchio da rottura di uno dei due legamenti collaterali, non operata	Fino a 7
Lassità articolare del ginocchio da rottura, parziale o totale, di uno dei due legamenti crociati, non operata	Fino a 8
Lassità articolare del ginocchio da rottura, parziale o totale, dei due legamenti crociati, non operata e bisognevole di tutore	Fino a 16
Esiti di condropatie, a seconda del grado, non comprensivi del danno derivante dalla limitazione funzionale	Fino a 4
Esiti di meniscectomia artroscopica	2
Esiti di rottura di un menisco, non operata, a seconda del riflesso sulla funzionalità articolare	Fino a 4
Esiti di borsectomia, sinoviectomia, a seconda del comparto aggredito chirurgicamente, in assenza di compromissione funzionale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 5
Perdita della gamba al terzo medio con ginocchio mobile, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	30-40
Perdita del piede	30
Perdita dell'avampiede, a seconda del livello	Fino a 20
Perdita anatomica dell'alluce	4
Perdita delle altre dita del piede, a seconda del numero	Fino a 4
Esiti di frattura isolata di tibia apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
Esiti di frattura isolata di perone apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3

Esiti di fratture biossee della gamba, apprezzabili con indagini strumentali, con disturbi di circolo, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
Anchilosi della caviglia in posizione favorevole	12
Anchilosi in posizione favorevole della caviglia e del complesso sottoastragalico-mediotarsico	15
Esiti di rottura, parziale o totale, del tendine d'Achille, trattati chirurgicamente	Fino a 8
Esiti di frattura del calcagno apprezzabili con indagini strumentali, con disturbi di circolo, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
Esiti di frattura dell'astragalo apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 5
Esiti di frattura dello scafoide apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
Esiti di frattura del cuboide apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
Esiti di frattura di un cuneiforme apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
Esiti di frattura del primo metatarso apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
Esiti di frattura di due o più metatarsi, comprensivi del primo e/o del quinto, apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 4
Anchilosi favorevole prima metatarso-falangea	3
Anchilosi favorevole di due o più articolazioni metatarso falangee comprensive del primo e del quinto raggio	Fino a 5
Anchilosi dell'interfalangea dell'alluce	2
Mezzi di sintesi in sede non comprensivi del danno derivante dalla limitazione funzionale del corrispondente segmento osteo-articolare	Fino a 3
Artroprotesi di anca, non comprensiva del danno funzionale, a seconda dell'età	Fino a 5
Artroprotesi di ginocchio, non comprensiva del danno funzionale, a seconda dell'età	Fino a 4
Accorciamento di arto intorno a 5 cm, a seconda dell'efficacia del presidio ortopedico	Fino a 6

Apparato otorinolaringoiatrico	
Sordità completa unilaterale	12
Sordità completa bilaterale	50

Deficit uditivo bilaterale parziale	Vedasi all. n.1
Acufeni	Vedasi all. n.1
Vertigine parossistica posizionale benigna	Fino a 4
Sindrome labirintica deficitaria unilaterale o bilaterale, in accettabile compenso	Fino a 5
Sindrome labirintica deficitaria unilaterale mal compensata	Fino a 10
Sindrome vestibolare centrale disarmonica	Fino a 18
Disturbi della funzione gustativa sino all'ageusia	Fino a 5
Disturbi della funzione olfattiva con residua capacità funzionale	Fino a 5
Anosmia vera	8
Apparato respiratorio	
Sinusopatia cronica mascellare, a seconda dei sintomi e dell'impegno del seno	Fino a 5
Sinusopatia cronica etmoido-sfenoidale o frontale, a seconda dei sintomi e dell'impegno del seno	Fino a 7
Esiti di frattura delle ossa nasali con minima alterazione del profilo nasale e lievi difficoltà respiratorie	Fino a 4
Esiti di frattura delle ossa nasali con minima alterazione del profilo nasale diminuzione della pervietà nasale bilaterale intorno al 50%	Fino a 10
Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che incidono apprezzabilmente sulla funzione fonatoria	Fino a 8
Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che determinano una disfonia molto grave ovvero subtotale	Fino a 30
Rinite allergica, a seconda degli episodi	Fino a 10
Esiti di exeresi polmonare segmentaria o atipica, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
Esiti di exeresi lobare, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 12
Esiti di exeresi polmonare totale monolaterale	Fino a 25
Danno anatomico (a tipo: placche pleuriche; ovvero esiti di processo specifico; esito di scissuriti) in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 5
Danno anatomico riferibile a nodulazioni parenchimali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale, a seconda dell'estensione	Fino a 6
Insufficienza respiratoria lieve, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 15

Insufficienza respiratoria media, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 40
Insufficienza respiratoria grave, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 60
Insufficienza respiratoria severa, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	> 60
Stato di sensibilizzazione ad allergeni con risposta dell'apparato respiratorio, eccezionali episodi anafilattici	Fino a 5
Crisi asmatiche documentate con assenza di deficit ventilatorio nel periodo intercritico, a seconda della frequenza delle riacutizzazioni e dell'entità delle crisi	Fino a 8
Asma, prima classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	Fino a 20
Asma, seconda classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	Fino a 35
Asma, terza classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	Fino a 60
Asma, quarta classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	> 60
Stato di male asmatico, a seconda dell'insufficienza ventilatoria, della natura e della gravità delle complicanze extrapolmonari	> 70

Apparato sessuale	
Esiti di evirazione totale, comprensiva delle turbe psico-relazionali, a seconda dell'età	Fino a 50
Perdita del pene, senza applicazione di correttivo, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 40
Impotenzia coeundi organica (non corretta), comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 30
Impotenzia coeundi lieve correggibile con trattamento medico o difficoltà al coito psicogena, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 15
Castrazione totale, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 30
Perdita di un testicolo	6
Isteroannessiectomia totale:a. dalla pubertà fino ai 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici b. oltre 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 40 Fino a 25
Isterectomia:a. fino ai 45 anni con eventuale incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici b. oltre 45 anni con eventuale incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 35 Fino a 15
Ovariectomia bilaterale: a. dalla pubertà fino ai 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici b. oltre i 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 30 Fino a 20

Ovariectomia monolaterale, a seconda dell'età	Fino a 6
Dismetrie del bacino (oltre al danno ortopedico) con necessità di parto per via addominale (impotentia parturiendi)	Fino a 7
Dispareunia e/o perturbazioni della sfera psico-sessuale dimostrabili e di cui possa essere accertata la causa	Fino a 15
Perdita di un rene (con rene superstite indenne), comprensiva degli esiti chirurgici cutanei	18
Perdita di entrambi i reni con trattamento dialitico	Fino a 75
Trapianto renale, con necessità terapeutica, e segni di insufficienza renale, a seconda della gravità (lieve, moderata)	Fino a 45
Trapianto renale con insufficienza d'organo e manifestazioni secondarie della terapia adottata di grado severo	Fino a 60
Idronefrosi unilaterale, a seconda dei disturbi funzionali	Fino a 25
Insufficienza renale di lieve entità	Fino a 10
Insufficienza renale moderata	Fino a 25
Insufficienza renale grave	Fino a 40
Insufficienza renale severa	> 50
Cistite cronica	Fino a 12
Esiti di rottura della vescica trattati chirurgicamente, a seconda dei disturbi funzionali e flogistici	Fino a 12
Cistectomia definitiva, a seconda dell'efficacia del trattamento chirurgico	Fino a 25
Incontinenza urinaria assoluta, non migliorabile con mezzi palliativi, a seconda dell'età	Fino a 20

Apparato visivo	
Cecità assoluta bilaterale	85
Cecità assoluta monolaterale	28
Deficit dell'acuità visiva	Vedasi all. n. 3, Parte A
Deficit del campo visivo	Vedasi all. n. 3, Parte B
Pseudoafachia, a seconda se monoculare o binoculare, comprensiva della correzione con lenti	Fino a 5
Afachia monoculare	Vedasi all. n.3,

	Parte C
Afachia binoculare	Fino a 10
Diplopia nelle posizioni alte dello sguardo, a seconda dei meridiani interessati	Fino a 10
Diplopia nella parte inferiore del campo, a seconda dei meridiani interessati	Fino a 20
Diplopia nel campo centrale	Fino a 25
Diplopia in tutte le posizioni dello sguardo senza neutralizzazione, tale da obbligare ad occludere un occhio in permanenza	Fino a 28
Acromatopsia, Discromatopsia	Fino a 8
Enucleazione o atrofia del bulbo oculare con possibilità di protesi estetica	28
Enucleazione o atrofia del bulbo oculare, senza possibilità di protesi estetica	35
Enucleazione di entrambi i bulbi oculari senza possibilità di protesi estetica	Fino a 90
Blefarospasmo	Fino a 5
Ectropion, entropion, lagoftalmo, epifora	Fino a 5
Obliterazione delle vie lacrimali, a seconda dei disturbi secondari a. monolaterale b. bilaterale	Fino a 4 Fino a 10
Correzione con lenti, a seconda del potere refrattivo	Fino a 3



LA VALUTAZIONE A FINI DI INVALIDITA' CIVILE E HANDICAP DEL MINORE AFFETTO DA DIABETE MELLITO TIPO I

LINEE – GUIDA

PREMESSA

Com'è noto, la storica classificazione del diabete mellito, proposta dall'OMS nel 1980, ne prevedeva, in base a un criterio misto, terapeutico e patogenetico, la suddivisione in cinque classi cliniche:

Criteria NDDG (1979) modificati da OMS (1980)	
Diabete mellito insulino-dipendente (IDDM)	già definito diabete infantile-giovanile
Diabete mellito non insulino-dipendente (NIDDM)	già definito diabete dell'età adulta
Diabete mellito da malnutrizione	
Altri tipi di diabete secondari a:	malattie pancreatiche
	sindromi ormonali
	farmaci o tossici
	anomalie dell'insulina o del recettore
	malattie genetiche
Diabete mellito gestazionale	

Il progresso delle conoscenze sulle cause dei vari tipi di diabete ha portato, nel 1997, la *American Diabetes Association (ADA)* a proporre una classificazione esclusivamente etiologica, recepita dall'OMS nel 1999 e marginalmente rivisitata dalla stessa ADA nel 2014 (cfr. "*Diabetes Care, Vol. 37, suppl. 1, gennaio 2014*").

Classificazione etiologica del diabete mellito (ADA 1997 – 2014)semp.		
Diabete mellito tipo 1	<i>Distruzione delle cellule β</i>	immunomediata
		idiopatica
Diabete mellito tipo 2	<i>Deficit secretorio e insulino resistenza</i>	A prevalente deficit
		A prevalente resistenza
Altri tipi specifici	<i>Difetti genetici delle cellule β (d. monogenico)</i>	Forme giovanili affini al tipo 2 <ul style="list-style-type: none"> • MODY 1 • MODY 1 • MODY 3 • MODY rare (4 -13) Diabete neonatale Diabete mitocondriale
		Resistenza all'insulina tipo A
	<i>Difetti genetici dell'azione insulinica</i>	Diabete lipo-atrofico
	<i>Malattie del pancreas esocrino</i>	pancreatiti
		traumi
		neoplasie
		Fibrosi cistica
		emocromatosi
	<i>Endocrinopatie</i>	acromegalie
		cushing
		glucagonoma
		feocromocitoma
	<i>Farmaci o tossici</i>	Acido nicotinico
glicocorticoidi		
Ormone tiroideo		
Agonisti β agonisti		
<i>Infezioni</i>	Rosolia congenita	
	cytomegalovirus	
<i>Forme rare immunomEDIATE</i>	Stiff-man syndrome	
	Anticorpi anti-recettore	
<i>Altre sindromi genetiche</i>	Down	
	Klinefelter	
	Turner	
Diabete mellito gestazionale		

Le considerazioni espresse nelle presenti linee guida attengono esclusivamente alla valutazione del diabete mellito tipo 1 (DMT1) insorto prima dei 18 anni di età e sono estensibili alle altre forme di diabete ad insorgenza in età pediatrica (quali le forme MODY - *Maturity Onset Diabetes of the Young*-) solo allorché esse comportino, al pari del DMT1, la necessità del trattamento insulinico.

DIABETE MELLITO TIPO 1

Il diabete mellito tipo 1 rappresenta meno del 10% di tutte le forme di diabete mellito. La sua prevalenza è pari circa a 0,5%. Costituisce indubbiamente una delle malattie croniche più frequenti dell'infanzia e la sua incidenza è stimata tra 6 e 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni e tra 6 e 7 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 15 a 29 anni.

I registri nazionali e internazionali (DIAMOND e EURODIAB) dimostrano che l'incidenza del DMT1 è in rapido e costante aumento (+ 3-4%/anno) soprattutto fra i bambini più piccoli (+5,4%/anno nella fascia 0-4 anni).

In Italia è attivo, a partire dal 1997, su progetto inter-associativo della Società Italiana di Diabetologia (SID) e della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), il Registro Italiano per il diabete di tipo 1. Ne risulta che in Italia oggi sono circa 20.000 i bambini e gli adolescenti affetti da DMT1. Nel nostro Paese l'incidenza del DMT1 è particolarmente alta in Sardegna dove risulta circa 3 volte superiore rispetto all'Italia peninsulare, che peraltro non presenta particolari differenze tra Nord e Sud. (*"Manuale operativo per l'applicazione del 'Piano sulla Malattia Diabetica' in età pediatrica"* SIEDP, febbraio 2014)

Patogeneticamente il DMT1 è caratterizzato da una distruzione progressiva, fino alla scomparsa, delle cellule β insulino-secerenti dovuta, nella maggior parte dei casi, a meccanismi autoimmunitari (DMT1 immunomediato), documentati dal riscontro di specifici markers (ICA, GAD, IA2, IAA, ZnT8), più raramente senza causa apparente (DMT1 idiopatico, che si manifesta principalmente in soggetti di etnia africana o asiatica).

Sotto il profilo etiologico esistono dati in favore di una predisposizione genetica (legata probabilmente agli antigeni di istocompatibilità HLA-DR) all'azione di un



qualche stimolo esogeno capace di innescare una risposta immunitaria auto-aggressiva.

Il DMT1 autoimmune si può associare ad altre patologie croniche ad analogo patogenesi come la tiroidite di Hashimoto (12-15% dei casi), la celiachia (6%) la sclerosi multipla (1-2%) e l'Addison (1%).

La velocità di distruzione delle cellule β , una volta avviatosi il processo autoimmunitario, è variabile. La forma a progressione rapida si manifesta principalmente, ma non esclusivamente, nei bambini; la forma a progressione lenta è tipica degli adulti e viene talora definita come diabete autoimmune latente dell'adulto.

Sintomatologia

L'esordio clinico del diabete mellito tipo 1 avviene in oltre il 50% dei casi prima dei 20 anni e più frequentemente all'epoca della pubertà. E' possibile tuttavia che la malattia si presenti sin dalla prima infanzia e anche nel corso del primo anno di vita.

In tutti i casi l'esordio è sintomatico con poliuria, nicturia, polidipsia, polifagia (che non si accompagna ad incremento ponderale ma spesso a dimagrimento).

Talora la malattia si manifesta in occasione di un evento stressante (infezioni, traumi, interventi chirurgici) con i segni della cheto-acidosi (anoressia, nausea, vomito, dolori addominali) o addirittura del coma chetoacidotico (disidratazione, respiro di Kussmaul, alito acetico).

Gli esami di laboratorio svelano iperglicemia a digiuno e soprattutto dopo i pasti, glicosuria in genere molto rilevante, ipoinsulinemia o insulina non dosabile, presenza di corpi chetonici e nella maggioranza dei casi di uno o più markers di attività autoimmunitaria (ICA, GAD, IA2, IAA, ZnT8) contro le cellule insulari.

Nel coma chetoacidotico le urine mostreranno alta glicosuria e intensa positività alle reazioni per i corpi chetonici. Nel sangue si rileva marcata iperglicemia (in genere tra i 500 e i 700 mg/dl), presenza di corpi chetonici, iponatremia modesta, iperpotassemia, iperosmolarità, ipertrigliceridemia e aumento degli acidi grassi liberi. Sul sangue arterioso si evidenzierà riduzione (con valori anche prossimi a 7,0) del PH e diminuzione della pressione parziale di CO₂.

Complicanze del diabete tipo 1

Le complicanze acute più tipiche sono rappresentate dal coma cheto-acidosico e dal coma ipoglicemico che, se non adeguatamente trattati, possono costituire causa di exitus.

Le complicanze croniche del diabete tipo 1 sono le medesime del diabete mellito tipo 2:

- macroangiopatia aterosclerotica con possibili disturbi ischemici cardiaci, cerebrali e a carico degli arti;
- microangiopatia, a carico del rene (glomerulopatia diabetica), della retina (retinopatia diabetica, semplice o proliferante) e del sistema nervoso periferico (neuropatia diabetica);
- il quadro di neuropatia periferica, prevalentemente sensitiva e vegetativa, oltre che alla microangiopatia è attribuito anche ad un danno diretto delle strutture nervose, forse dovuto a meccanismi di glicosilazione non enzimatica delle proteine strutturali;
- infezioni intercorrenti, causate da una ridotta efficienza dei granulociti;
- l'ulcera diabetica (piede diabetico) dovuta al concorrere della neuropatia, della macroangiopatia e delle sovrapposizioni infettive.

Le complicanze iatrogene, dovute a reazioni all'insulina nella sede di ripetute iniezioni sottocutanee, possono presentarsi come lipoatrofia, lipoipertrofia o come reazioni allergiche.

Terapia

Il diabete di tipo 1 è una malattia cronica per la quale, attualmente, non è prevedibile guarigione e comporta, di necessità, la somministrazione a vita di terapia infusionale con insulina per il mantenimento di un buon compenso metabolico.

Gli obiettivi terapeutici sono chiaramente delineati nel già citato "Manuale operativo" della SIEDP:

- *"mantenere l'omeostasi metabolica il più vicino possibile allo stato non diabetico;*



- *evitare l'insorgenza di complicanze a breve medio termine (gravi ipo e iperglicemie);*
- *consentire un normale accrescimento ed una buona qualità di vita del bambino diabetico;*
- *evitare l'insorgenza di complicanze a lungo termine".*

L'indicatore di "qualità della cura" più conosciuto è l'HbA1c%.

Attualmente la disponibilità di preparati insulinici più "fisiologici" rispetto alle molecole di origine bovina o suina usate un tempo e di prodotti diversi in base alla rapidità d'azione (insulina rapida, lenta, ultralenta, ad azione ritardata) rende più facile che in passato il controllo della glicemia in questi pazienti e una migliore qualità di vita.

Il monitoraggio della terapia e l'adeguamento delle dosi richiedono inoltre misurazioni quotidiane e più spesso pluriquotidiane della glicemia.

In alternativa alla terapia tradizionale multi-iniettiva per via sottocutanea, è oggi possibile ricorrere all'infusione continua con microinfusori. Si tratta di dispositivi portatili di piccole dimensioni, paragonabili a quelle di un cellulare, che rilasciano insulina ad azione rapida 24 ore su 24 attraverso un tubo sottile e un'agocannula (set di infusione) inserita nel sottocute. La quantità di insulina rilasciata è personalizzabile in base alle esigenze del paziente.

Il microinfusore può essere programmato affinché eroghi insulina in continuo – profilo basale – per controllare la glicemia tra i pasti e durante il sonno. Dopo i pasti, inoltre, per coprire l'introito di cibo il paziente può somministrarsi autonomamente un bolo di insulina in dose determinata attraverso il calcolo della quantità di carboidrati assunti.

Anche quando si utilizza un microinfusore è comunque necessario monitorare i livelli glicemici nel corso della giornata e adeguare le dosi di insulina in base all'assunzione di cibo e all'attività fisica praticata. Il set di infusione, inoltre, deve essere sostituito frequentemente.

Altra possibilità terapeutica è costituita dall'impianto, in una tasca sottocutanea della parete addominale, di una pompa i per l'infusione continua e a richiesta di insulina nella cavità peritoneale. Il principale svantaggio di questo sistema è costituito dalla frequenza con cui il catetere va incontro ad occlusione rendendo necessario l'intervento del chirurgo. Il rischio principale è l'ipoglicemia.



Una particolare variante di pompa impiantabile è provvista di sensori per la determinazione continua della glicemia con rilascio "fisiologico" dell'insulina. Questi modelli di pompe impiantabili con sensori hanno un rischio di episodi ipoglicemici gravi inferiore ai normali microinfusori.

Il trapianto di pancreas, per la necessità di un trattamento immunosoppressivo cronico, è ancora oggi sostanzialmente limitato ai pazienti che debbano essere sottoposti anche a trapianto di rene per nefropatia diabetica avanzata. L'allograpianto di isole pancreatiche, ad oggi, fornisce ancora risultati a distanza inferiori rispetto al trapianto d'organo.

La terapia genica e l'uso delle staminali vanno considerati, allo stato, come campi di ricerca con potenzialità tutte da verificare.

L'impegno del minore, della famiglia e della scuola nel trattamento del DMT1.

Secondo le raccomandazioni prospettate dallo "Standard italiano per la cura del diabete", pubblicate congiuntamente dalla SID (Società Italiana di Diabetologia) e dalla AMD (Associazione Medici Diabetologi) in data 28 maggio 2014, il paziente in trattamento insulinico deve essere educato a :

- *"avere le abilità necessarie per effettuare la rilevazione della propria glicemia;*
- *saper interpretare i risultati come base per intraprendere una azione;*
- *percepire i collegamenti tra specifici comportamenti (alimentazione, esercizio fisico) e i risultati della misurazione glicemica, prendendo da questi la motivazione al cambiamento dei comportamenti;*
- *mettere in atto autonomamente comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazione glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico".*

L'autocontrollo glicemico deve essere considerato una componente essenziale dell'autogestione quotidiana dei pazienti con DMT1.



Le raccomandazioni SID-AMD suggeriscono, per i pazienti in età inferiore a 18 anni, 6-8 controlli/die e consigliano un controllo ancora più stretto nei bambini più piccoli.

Nelle sue raccomandazioni del 2014 l'ADA consiglia che nei pazienti in terapia multiniettiva o con microinfusore il controllo della glicemia sia eseguito sistematicamente prima dei pasti e degli spuntini, occasionalmente dopo i pasti principali, prima di andare a letto e prima di un esercizio fisico, sempre nel sospetto di ipoglicemia e dopo la correzione della ipoglicemia stessa.

E' evidente come tale attività, indispensabile per la prevenzione delle complicanze microangiopatiche, sia particolarmente delicata e impegni necessariamente oltre che il piccolo paziente anche gli adulti di riferimento, familiari o personale scolastico.

L'adulto di riferimento è chiamato a "ricordare" al bambino l'appuntamento pluriquotidiano con la misurazione, ad aiutarlo nell'interpretazione del rilievo e nella successiva fase decisionale-terapeutica, a conservare adeguatamente e a gestire con modalità sterili il complesso dei presidi di uso quotidiano (siringhe per insulina, aghi e lancette pungili dito, reattivi per la ricerca di glucosio e corpi chetonici nelle urine, reattivi per il dosaggio della glicemia su sangue capillare).

Va inoltre considerato che il minore, ancorché in ottimale controllo glicemico, dovrà sottoporsi periodicamente a controlli oculistici, nefrologici, neurologici, psicologici, cardiologici, odontoiatrici al fine di cogliere tempestivamente l'eventuale comparsa di complicanze.

Né va dimenticato come nel minore con DMT1 eventi intercorrenti anche banali, come malattie infettive o piccoli traumatismi, comportino la necessità di riesaminare e adeguare il trattamento farmacologico e talora l'ospedalizzazione.

L'impatto socio-assistenziale del diabete mellito tipo 1

La natura di malattia di "*alto interesse sociale*" del diabete mellito è stata riconosciuta dal Legislatore italiano già con l'art. 1 della Legge 16 marzo 1987, n. 115. "*Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito.*" (Pubblicata nella G.U. 26 marzo 1987, n. 71).



Più recentemente le problematiche socio-assistenziali del diabete mellito insorgente nell'età evolutiva sono state compiutamente delineate nel "*Piano sulla malattia diabetica*" redatto dalla Commissione Nazionale Diabete del Ministero della Salute, approvato il 6 dicembre 2012 (G.U. febbraio 2013).

La Commissione ministeriale, infatti, sottolinea come il diabete mellito dell'età evolutiva sia "*la più comune malattia cronica fra i bambini*" (pag.6) e sia "*caratterizzato da una forte instabilità e, quindi, da una gestione estremamente difficile in relazione a peculiarità fisiologiche, psicologiche e nutrizionali. Il bambino/adolescente con diabete vive un disagio transitorio in relazione all'età e allo stadio di maturità; ciò comporta uno svantaggio e una limitazione di grado variabile allo svolgimento delle funzioni tipiche dell'età, imponendo un peso che deve essere sopportato anche dai genitori, dai fratelli, dai parenti dalla scuola e dalla comunità in genere*" (pag. 64).

Nel medesimo testo (pag. 65) si elencano, tra le altre, le seguenti criticità nella gestione del diabete in età evolutiva:

- *"i mutamenti della società influenzano negativamente la famiglia (famiglie monoparentali o problematiche, ritmi di lavoro accelerati) e creano difficoltà nel ruolo educativo;*
- *le difficoltà in ambito scolastico possono determinare sentimenti di diversità e condizioni di esclusione, con limitazione del benessere psico-fisico e rischio di associazione con problemi psico-sociali e comportamentali quali difficoltà relazionali, ansia, depressione e disturbi del comportamento alimentare;*
- *le resistenze basate su pregiudizi e ostacoli legati talora a normative obsolete, interferiscono gravemente sul coinvolgimento dei pazienti nelle attività scolastiche ed extra-scolastiche".*

Nel delineare le caratteristiche della "rete di assistenza diabetologica dell'età evolutiva" la Commissione sottolinea come "*il diabete interferisce in ogni aspetto della vita e delle esperienze del bambino/adolescente*" e come esista nella popolazione "*una scarsa consapevolezza del carico umano e sociale che grava sul bambino/adolescente affetto da diabete*" sicché "*la cura deve essere impostata non solo sotto il profilo biomedico, ma anche sotto quello psicosociale*" (pag. 47).



Nel documento viene attribuito particolare rilievo al contesto relazionale familiare e scolastico e non solo per il fatto che *"la terapia , che non può essere eseguita nella maggior parte dei casi in maniera autonoma dal bambino, deve essere garantita da altri in tutti gli ambienti di vita"* (pag. 50).

In particolare la famiglia è individuata come la principale protagonista e responsabile *" della qualità della vita e della prevenzione delle complicanze a distanza"* e di conseguenza costituisce il destinatario prioritario del *"programma educativo/motivazionale specifico sulla malattia "* da parte delle *"funzioni specialistiche"* del SSN.

Alla scuola viene riconosciuto un doppio ruolo: *"da una parte rappresenta un momento importantissimo nel graduale processo di accettazione del diabete e di autonomia da parte del bambino e del ragazzo, dall'altra costituisce una opportunità di educazione nutrizionale"*.

Né sfugge agli estensori del testo ministeriale che *"l'obiettivo primario da perseguire è la sicurezza in ambito scolastico, in particolare per quanto riguarda la somministrazione della terapia e la gestione di eventuali emergenze metaboliche (ad es. la ipoglicemia)"*.

Viene pertanto previsto, a integrazione delle *"Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico"* (Ministeri della Salute e dell'Istruzione, 25 novembre 2005), che *"allo scopo di aiutare la scuola a svolgere al meglio il suo ruolo, sia sotto il profilo della crescita psicologica sia sotto quello dell'assistenza e vigilanza, i team specialistici daranno la loro disponibilità per incontri di formazione con i dirigenti scolastici e gli insegnanti che seguono un alunno con diabete"* (pag. 51).

Secondo le raccomandazioni SID-AMD del 2014, *"lo studente con diabete deve poter partecipare a tutte le attività scolastiche, compresi i programmi di attività fisica, gite o altri eventi"* e a tal fine *"un numero adeguato di insegnanti o altri dipendenti della scuola dovrebbe essere addestrato alle procedure necessarie in caso di ipoglicemia"* e alla *"supervisione"* del minore.



Particolare importanza formativa viene oggi attribuita ai "campi scuola" che "inizialmente intesi come supporto alle famiglie con disagio sociale, sono oggi riconosciuti dalle principali istituzioni diabetologiche internazionali (ADA, IDF, ISPAD)" come "un'opportunità finalizzata a migliorare le capacità di integrazione sociale" per tutti i giovani diabetici, al fine di "promuovere l'educazione specifica per l'autogestione del diabete in ambiente protetto; stimolare l'indipendenza nella gestione del diabete in assenza di familiari; favorire il confronto con i coetanei; sviluppare il processo di autostima, la responsabilizzazione, il controllo emotivo e far superare ogni sensazione di isolamento e di diversità" (Piano sulla malattia diabetica, pag. 52).

E' opportuno sottolineare come l'attività fisica e sportiva svolta dai minori con DMT1 non debba essere considerata, specie a fini medico-legali, come la prova di un "compenso ottimale" ma come una fondamentale esigenza terapeutica. Infatti un costante esercizio fisico di tipo aerobico, almeno 3-4 volte per settimana, migliora l'efficacia del trattamento insulinico, riduce l'emoglobina glicosilata, riduce i trigliceridi e il colesterolo totale, innalza la frazione HDL, svolge un ruolo protettivo sul rischio macro e microangiopatico e riduce il rischio cheto-acidosico e/o ipoglicemizzante dell'esercizio fisico occasionale.

La valutazione del diabete mellito tipo 1 a fini di invalidità e handicap

La breve disamina condotta sugli aspetti clinici del diabete mellito tipo 1, sull'impegno terapeutico che esso comporta e sulle indicazioni socio-assistenziali recentemente dettate dal Ministero della Salute non può che approdare ad una prima considerazione basilare e propedeutica ad ogni proposta valutativa.

L'acquisizione, da parte del minore affetto da diabete mellito tipo 1, della necessaria consapevolezza di dover convivere con una malattia cronica non guaribile, ma solo controllabile, e al contempo della indispensabile competenza a gestire il trattamento terapeutico, rappresenta un processo graduale, lento ed inevitabilmente legato alla sua complessiva maturazione psico-fisica.

L'autonoma competenza alla terapia, infatti, non si esaurisce nella sola capacità manuale di auto-inoculazione del farmaco ma presuppone invece l'acquisizione



di compiute capacità di critica, giudizio e autodeterminazione tali da permettere di fronteggiare nel modo più opportuno le estemporanee esigenze di adeguamento terapeutico proposte da variazioni dell'alimentazione o dell'attività fisica ovvero dalla comparsa di sintomi indicativi di una condizione di ipo o iperglicemia.

Si tratta evidentemente di una attività cognitivo-volitiva tanto complessa quanto delicata e pericolosa per le possibili conseguenze di un errore valutativo.

A tal proposito non si può non ricordare che, pur in altri ambiti e a fini diversi, la capacità di autodeterminazione da parte del minore sia esclusa prima dei 14 anni di età e debba essere valutata caso per caso tra i 14 e 18 anni, risultando presunta solo al raggiungimento della maggior età.

Su tali presupposti, considerando prioritaria la tutela della salute e della sicurezza del minore e allo stesso tempo eccedente dalle possibilità della commissione valutatrice una compiuta valutazione sul suo grado di maturità, la Commissione Medica Superiore ritiene che per i minori affetti da diabete mellito tipo 1, si debba:

1. riconoscere in ogni caso la sussistenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri dell'età, ai fini dello status di "minore invalido" e del conseguente diritto all'indennità di frequenza;
2. riconoscere in ogni caso la sussistenza della condizione di handicap con connotazione di gravità, con previsione di revisione al raggiungimento dell'età adulta.

Tale orientamento oltre che soddisfare pienamente l'obiettivo più generale perseguito dalla Commissione Medica Superiore INPS di promuovere in ogni caso una valutazione medico legale fondata sull'evidenza clinica, garantisce al minore portatore di una malattia cronica, come è il diabete mellito, l'assistenza scolastica necessaria a permettergli la massima espressione delle sue qualità e capacità nell'ottica futura di un pieno inserimento nella società e nel mondo del lavoro.

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Commissione Medica Superiore

Infatti, come sottolineato , già nel 1992, in un documento congiunto dalla IDF (International Diabetes Federation) e dall'ISPA (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes), *"..un bambino non può lottare per i suoi diritti. Pertanto è compito della società fornire aiuto al bambino e alla famiglia. Quest'aiuto dovrebbe includere risorse mediche, sociali e pubbliche.."* (*"Manuale operativo per l'applicazione del 'Piano sulla Malattia Diabetica' in età pediatrica"* SIEDP, febbraio 2014).

Il Presidente della Commissione Medica Superiore
Prof. Massimo Piccioni

00142 Roma
Largo Josemaria Escrivà de Balaguer, 11
tel 06 5905 7382
tel 06 5905 7368
fax 06 5964 7155
cf 80078750587
pi 02121151001

13

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 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 salvavita. (13A06313) (GU n.169 del 20-7-2013)

IL MINISTRO DELLA SALUTE di concerto con IL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI, IL TURISMO E LO SPORT

Visto l'art. 7, comma 11, del decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, che prevede, al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale, che il Ministro della salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo ed allo sport, disponga garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte delle società sportive sia professionistiche sia dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita;

Visto il decreto ministeriale 18 febbraio 1982, "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica";
Visto il decreto ministeriale 28 febbraio 1983, "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica";

Visto il decreto ministeriale 18 marzo 2011, "Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni" ed in particolare l'allegato A che prevede, relativamente alle modalità di collocazione dei defibrillatori semiautomatici esterni, che le Regioni valutino progetti di acquisizione di tali defibrillatori con fondi privati nonché attività per le quali il soggetto esercente è tenuto a dotarsi a proprie spese degli stessi;

Ritenuto pertanto, di dover stabilire i criteri e i parametri su cui basare l'idoneità della certificazione per l'esercizio dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale come di seguito definita;

Ritenuto, inoltre, di dover adottare le linee guida allo scopo di disciplinare i casi in cui si rende necessario la dotazione e l'impiego da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche di defibrillatori semiautomatici esterni;

Viste le risultanze del gruppo di lavoro istituito con decreto del Ministro della salute in data 14 febbraio 2013;

Sentito il gruppo di lavoro istituito presso il Consiglio Superiore di Sanità che ha fornito l'apporto tecnico scientifico necessario,

Decreta:

Art. 1 Ambito della disciplina

1. Il presente decreto, in attuazione dell'art. 7, comma 11, del decreto Legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte delle società sportive sia professionistiche sia dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.

Art. 2 Definizione dell'attività amatoriale. Certificazione

1. Ai fini del presente decreto 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 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.

2. Coloro che praticano attività ludico-motoria in contesti organizzati e autorizzati all'esercizio nel rispetto delle disposizioni normative vigenti devono sottoporsi a controlli medici periodici ai fini della certificazione attestante l'idoneità all'attività ludico-motoria secondo quanto previsto nell'allegato A.

3. La certificazione conseguente al controllo medico di cui al comma 2, che deve essere adeguata e appropriata in relazione ai parametri suddetti, è rilasciata dal medico certificatore su apposito modello predefinito (allegato B).

4. All'atto dell'iscrizione o avvio delle attività il certificato è esibito all'incaricato della struttura o luogo presso cui si svolge l'attività ludico - motoria e conservato in tali sedi in copia fino alla data di validità o fino alla cessazione dell'attività stessa.

5. Non sono tenuti all'obbligo della certificazione:

- a) coloro che effettuano l'attività ludico-motoria in forma autonoma e al di fuori di un contesto organizzato ed autorizzato;
- b) chi svolge, anche in contesti autorizzati e organizzati, attività motoria occasionale, effettuata a scopo prevalentemente ricreativo e in modo saltuario e non ripetitivo;
- c) i praticanti di alcune attività ludico-motorie con ridotto impegno cardiovascolare, quali bocce (escluse bocce in volo), biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica per anziani, "gruppi cammino" e attività assimilabili nonché i praticanti di attività prevalentemente ricreative, quali ballo, giochi da tavolo e attività assimilabili.

6. Ai soggetti di cui al comma 5, i quali non sono tenuti all'obbligo di certificazione, è comunque raccomandato un controllo medico prima dell'avvio dell'attività ludico-motoria per la valutazione di eventuali fattori di rischio, con particolare attenzione ai soggetti che passano dalla sedentarietà alla pratica di tali attività o che si sottopongono a esercizio fisico di particolare intensità. Nell'ambito delle campagne di comunicazione di cui al successivo art. 6 viene data ampia informazione di tali raccomandazioni.

Art. 3 Definizione di attività sportiva non agonistica. Certificazione

1. Si definiscono attività sportive non agonistiche quelle praticate dai seguenti soggetti:

- 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 sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982;
- c) coloro che partecipano ai giochi sportivi studentesche nelle fasi precedenti a quella nazionale.

2. I praticanti di attività sportive non agonistiche si sottopongono a controllo medico annuale che determina l'idoneità a tale pratica sportiva. La certificazione conseguente al controllo medico attestante l'idoneità fisica alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico è rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dal medico specialista in medicina dello sport su apposito modello predefinito (allegato C).

3. È obbligatoria la preventiva misurazione della pressione arteriosa e l'effettuazione di un elettrocardiogramma a riposo, refertato secondo gli standard professionali esistenti.

4. In caso di sospetto diagnostico o in presenza di patologie croniche e conclamate è raccomandato al medico certificatore di avvalersi della consulenza del medico specialista in medicina dello sport e, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca.

Art. 4 Attività di particolare ed elevato impegno cardiovascolare patrocinate da Federazioni sportive, Discipline associate o da Enti di promozione sportiva

1. Per la partecipazione di non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, caratterizzate da particolare ed elevato impegno cardiovascolare, patrocinate dai suddetti organismi, quali manifestazioni podistiche di lunghezza superiore ai 20 Km, granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe, il controllo medico comprende la rilevazione della pressione arteriosa, un elettrocardiogramma basale, uno step test o un test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca e altri accertamenti che il medico certificatore riterrà necessario per i singoli casi. Il certificato è rilasciato dai medici di cui all'art. 3, comma 2, su apposito modello predefinito (allegato D).

Art. 5 Linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita

1. Ai fini del presente decreto, si intendono società sportive dilettantistiche quelle di cui al comma 17 dell'art. 90 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive modifiche e integrazioni.

2. Ai fini del presente decreto, si intendono società sportive professionistiche quelle di cui al Capo II della Legge 23 marzo 1981, n. 91 e successive modifiche e integrazioni.

3. Le società di cui ai commi 1 e 2 si dotano di defibrillatori semiautomatici nel rispetto delle modalità indicate dalle linee guida riportate nell'allegato E del presente decreto. La disposizione di cui al presente comma non si applica alle società dilettantistiche che svolgono attività sportive con ridotto impegno cardiocircolatorio, quali bocce (escluse bocce in volo), biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, giochi da tavolo e sport assimilabili.

4. Le società professionistiche attuano la disposizione di cui al comma 3 entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

5. Le società dilettantistiche attuano la disposizione di cui al comma 3 entro 30 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

6. L'onere della dotazione del defibrillatore semiautomatico e della sua manutenzione é a carico della società. Le società che operano in uno stesso impianto sportivo, ivi compresi quelli scolastici, possono associarsi ai fini dell'attuazione delle indicazioni di cui al presente articolo. Le società singole o associate possono demandare l'onere della dotazione e della manutenzione del defibrillatore semiautomatico al gestore dell'impianto attraverso un accordo che definisca anche le responsabilità in ordine all'uso e alla gestione.

7. Ferme restando le disposizioni di cui al decreto ministeriale 18 marzo 2011 "Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni", le Linee guida (Allegato E) stabiliscono le modalità di gestione dei defibrillatori semiautomatici da parte delle società sportive professionistiche e dilettantistiche. Il CONI, nell'ambito della propria autonomia, adotta protocolli di Pronto soccorso sportivo defibrillato (PSSD), della Federazione Medico Sportiva Italiana, nel rispetto delle disposizioni del citato decreto ministeriale 18 marzo 2011.

Art. 6 Educazione allo sport in sicurezza

1. Il Ministero della salute concorda annualmente con il Ministro delegato allo sport e con il CONI i contenuti di una campagna di comunicazione dedicata allo svolgimento dello "sport in sicurezza". Alla campagna di informazione possono anche collaborare le Società scientifiche di settore.
2. Le disposizioni di cui al presente articolo si attuano con le risorse strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 7 Abrogazioni

1. Il decreto ministeriale 28 febbraio 1983 "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica" è abrogato.

Il presente decreto viene trasmesso agli organi di controllo per la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 24 aprile 2013

Il Ministro della Salute Balduzzi

Il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport Gnudi

Registrato alla Corte dei conti il 10 luglio 2013 Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro registro n. 10, foglio n. 309

20-7-2013 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA *Serie generale* - n. 169

Allegati

- A. Controlli medici per l'attestazione dell'idoneità all'attività ludico-motoria
- B. Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria
- C. Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico
- D. Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare ai sensi dell'art. 4
- E. Linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.

Allegato A

Controlli medici per l'attestazione dell'idoneità all'attività ludico motoria

Controlli medici per l'attestazione dell'idoneità all'attività ludico motoria

	Classe A	Classe B	Classe C
	SOGGETTI < 55 ANNI (UOMINI) < 65 ANNI (DONNE) SENZA EVIDENTI PATOLOGIE E FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI ALLA VISITA O RIFERITI IN ANAMNESI.	SOGGETTI CON ANAMNESI NOTA PER ALMENO DUE DELLE SEGUENTI CONDIZIONI: <ul style="list-style-type: none"> • IPERTENSIONE ARTERIOSA; • ELEVATA PRESSIONE ARTERIOSA DIFFERENZIALE NELL'ANZIANO; • ETÀ > 55 ANNI (UOMINI) > 65 ANNI (DONNE); • FUMO; • IPERCOLESTEROLEMIA, IPERTRIGLICERIDEMIA; • ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO O RIDOTTA TOLLERANZA AI CARBOIDRATI; DIABETE DI TIPO II COMPENSATO • OBESITÀ ADDOMINALE; • FAMILIARITÀ PER PATOLOGIE CARIOVASCOLARI; • FATTORI DI RISCHIO RITENUTI RILEVANTI DAL MEDICO CERTIFICATORE 	SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE DIAGNOSTICATE (ES. CARDIOLOGICHE, PNEUMOLOGICHE, NEUROLOGICHE, ONCOLOGICHE IN ATTO, DIABETOLOGICHE DI TIPO I O DI TIPO II SCOMPENSATE)
ACCERTAMENTI RACCOMANDATI, OLTRE ALLA VISITA MEDICA GENERALE DI TUTTI GLI APPARATI CON MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA		Elettrocardiogramma a riposo Altri esami secondo giudizio clinico	Esami e consulenze specifiche secondo giudizio clinico
MEDICO CERTIFICATORE	Medico abilitato alla professione	Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta; Medico specialista in Medicina dello sport	Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta; Medico specialista in Medicina dello sport; Medico specialista di branca
PERIODICITÀ	Biennale	Annuale	Annuale o inferiore, secondo giudizio clinico

Allegato B

Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria

Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a il.....residente a.....

Classe di ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA, di cui all'Allegato A.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività ludico-motoria.

Il presente certificato ha validità.....[annuale/biennale/altro(specificare)] dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

Allegato C

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail.....,

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

Allegato D

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare, ex art. 4 D.M.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare, ex art. 4 D.M.

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail.....,

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'articolo 4 del D.M....

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO l'articolo 42-bis del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito dalla legge 9 agosto 2013, n.98, e s. m. ed in particolare il comma 2, nel rispetto del quale i certificati per l'attività sportiva non agonistica sono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dai medici specialisti in medicina dello sport ovvero dai medici della Federazione medico sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano, avvalendosi dell'esame clinico e degli accertamenti, incluso l'elettrocardiogramma, secondo linee guida approvate con decreto del Ministro della salute, su proposta della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sentito il Consiglio superiore di sanità;

VISTO il decreto ministeriale 18 febbraio 1982, "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica";

VISTO il decreto interministeriale 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 salvavita";

ACQUISITA dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri in data 17 febbraio 2014 la proposta di linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica;

CONSIDERATO il parere del Consiglio superiore di sanità adottato nella seduta del 17 giugno 2014;

TENUTO CONTO dell'aumentato rischio cardiovascolare legato all'età per coloro che hanno superato i sessanta anni e che associano altri fattori di rischio cardiovascolari;

SENTITO il gruppo di lavoro in materia di medicina dello sport istituito presso il Ministero della salute;

RITENUTO di dover adottare le linee guida di indirizzo per i medici certificatori circa gli esami clinici e gli accertamenti finalizzati al rilascio del certificato medico;

DECRETA

Articolo 1
Ambito della disciplina

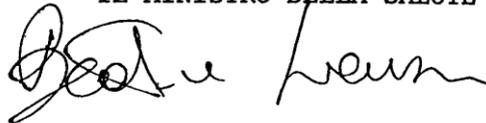
1. Il presente decreto, in attuazione del comma 2 dell'articolo 42-bis del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, e s. m., approva le linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica, allegate al presente decreto quale parte integrante (All.1).

2. È confermato il modello del certificato di cui all'allegato C del decreto interministeriale 24 aprile 2013 (All.2).

Il presente decreto viene trasmesso agli organi di controllo per la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

08 AGO. 2014

IL MINISTRO DELLA SALUTE



LINEE GUIDA DI INDIRIZZO IN MATERIA DI CERTIFICATI
MEDICI PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

DEFINIZIONE DI ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

1. Si definiscono attività sportive non agonistiche quelle praticate dai seguenti soggetti:

- 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 sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982;
- c) coloro che partecipano ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

MEDICI CERTIFICATORI

1. I certificati per l'attività sportiva non agonistica sono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dai medici specialisti in medicina dello sport ovvero dai medici della Federazione medico sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano.

PERIODICITÀ DEI CONTROLLI E VALIDITÀ DEL CERTIFICATO MEDICO

1. Coloro che praticano attività sportive non agonistiche si sottopongono a controllo medico annuale che determina l'idoneità a tale pratica sportiva.

2. Il certificato medico ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio.

ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI E CONSERVAZIONE DEI REFERTI

1. Ai fini del rilascio del certificato medico, è necessario quanto segue:

- a) l'anamnesi e l'esame obiettivo, completo di misurazione della pressione arteriosa;
- b) un elettrocardiogramma a riposo, debitamente refertato, effettuato almeno una volta nella vita;
- c) un elettrocardiogramma basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che hanno

superato i 60 anni di età e che associano altri fattori di rischio cardiovascolare;

d) un elettrocardiogramma basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che, a prescindere dall'età, hanno patologie croniche conclamate, comportanti un aumentato rischio cardiovascolare.

2. Il medico certificatore tenuto conto delle evidenze cliniche e/o diagnostiche rilevate, si può avvalere anche di una prova da sforzo massimale e di altri accertamenti mirati agli specifici problemi di salute. Nei casi dubbi il medico certificatore si avvale della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca.

3. Il medico certificatore conserva copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite, nonché dell'ulteriore documentazione di cui ai precedenti commi, in conformità alle vigenti disposizioni e comunque per la validità del certificato.

4. Per quanto riguarda i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, l'obbligo di conservazione dei documenti può essere assolto anche dalla registrazione dei referti nella scheda sanitaria individuale informatizzata, ove attivata.

RACCOMANDAZIONI PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE E IL COLLAUDO DELLE ORTESI

L'aspetto prescrittivo è una parte importante della realizzazione del programma ortesico-riabilitativo.

Il decreto ministeriale in vigore recante le norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN è il DM 27 agosto 1999 n. 332

Il medico prescrittore ha la responsabilità:

- dell'indicazione clinica
- del progetto terapeutico-riabilitativo
- del collaudo

Il tecnico ortopedico ha la responsabilità:

- della realizzazione dei presidi in maniera conforme alla prescrizione medica
- della modifica o sostituzione nel caso non superino il collaudo

Il DM 27 agosto 1999 n. 332 (che sostituisce il DM 28 dicembre 1992) è la norma da seguire nell'applicazione della prescrizione e collaudo delle ortesi.

Il Decreto Ministeriale si compone di 12 articoli normativi e di due allegati.

L'Allegato I definisce il Tariffario delle Protesi:

- Elenco 1 - Nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche
- Elenco n. 2 - Nomenclatore degli ausili tecnici di serie
- Elenco n. 3 - Nomenclatore degli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende USL e da assegnarsi in uso agli invalidi.

L'Allegato II specifica:

- Tempi minimi di rinnovo,
- Termini massimi di consegna/fornitura e
- Termini di garanzia (si rinvia il Lettore al DM n.332 per un approfondimento).

In sintesi riportiamo alcuni paragrafi utili per il paziente con Diabete:

Art. 1: Prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN

Si specificano i presidi elencati nell'Allegato I – Nomenclatore Tariffario delle Protesi

Elenco 1: dispositivi su misura e quelli di serie che richiedono modifiche di un tecnico abilitato con successivo collaudo da parte del prescrittore.

Elenco 2: dispositivi (ausili tecnici) di serie che non richiedono intervento del tecnico abilitato.

Elenco 3: apparecchi acquistati direttamente dalle ASL ed assegnati solo in uso al paziente.

Definisce la erogabilità di dispositivi non inclusi nel nomenclatore ma, a giudizio del medico specialista, riconducibili per omogeneità funzionale (simili per funzione) ad uno in elenco (il prezzo rimborsabile sarà pari a quello incluso nel nomenclatore)

Art. 2: Aveni diritto alle prestazioni di assistenza protesica

- invalidi civili, di guerra e per servizio, i privi della vista e i sordomuti, nonché i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente
- in attesa di accertamento
- in attesa di riconoscimento ma con accertamento, da parte della Comm. Medica di ASL di invalidità >33%
- soggetti laringectomizzati e tracheotomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati, i portatori di catetere permanente, gli affetti da incontinenza stabilizzata nonché gli affetti da patologia grave che obbliga all'allettamento; d/bis (DM 321 del 2001): i soggetti amputati di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un

intervento di mastectomia ed i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio

- i ricoverati in una struttura sanitaria pubblica o accreditata, per i quali il medico responsabile dell'Unità Operativa certifichi la necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, a fronte di una menomazione grave e permanente.
- Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità

Art. 3: Fornitori dei dispositivi protesici

- Per i dispositivi su misura: i Tecnici iscritti in apposito elenco del Ministero della Sanità
- Per i dispositivi di serie da modificare: i soggetti autorizzati alla vendita che abbiano alle dipendenze un Tecnico abilitato
- Per i dispositivi (ausili tecnici) di serie che non richiedono intervento del tecnico abilitato e per gli apparecchi acquistati direttamente dalle ASL: i fornitori aggiudicatari di procedure pubbliche di acquisto

Art.4: Modalità di erogazione: l'erogazione delle protesi, a carico del SSN, è subordinata allo svolgimento delle seguenti azioni:

Prescrizione- Autorizzazione- Fornitura- Collaudo

Prescrizione

É redatta da un medico specialista del Ssn, dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità e deve contenere:

- Diagnosi circostanziata
- Indicazione del dispositivo protesico, ortesico o dell'ausilio prescritto, completa del codice identificativo riportato nel nomenclatore, e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione
- Programma di utilizzo del dispositivo comprendente: il significato terapeutico e riabilitativo; le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo

Autorizzazione alla fornitura gratuita

- É rilasciata dall'ASL di residenza dell'assistito previa verifica dello stato di avente diritto del richiedente, della corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati nel nomenclatore, nonché del rispetto dei tempi di rinnovo.
- Autorizzazione "tempestiva" ed in caso di prima fornitura entro 20gg (o c'è il tacito consenso).
- Per i presidi urgenti l'autorizzazione deve essere inviata all'U.O. di ricovero entro 5gg, anche a mezzo fax, dopo scatta il tacito consenso.

Fornitura

- Il fornitore deve rispettare i tempi di consegna, deve fornire all'assistito le istruzioni per un uso corretto e per la manutenzione, possibilmente a mezzo di indicazioni scritte.
- Il fornitore deve garantire la funzionalità del dispositivo per tutto il periodo di garanzia (indicato nell'All.2)

Collaudo

- Accerta la congruenza del dispositivo con la prescrizione.
- Deve essere effettuato dallo specialista prescrittore o da altro medico della sua U.O.
- Il collaudo va effettuato entro 20gg dalla consegna da parte del fornitore che è tenuto ad apportare le modifiche se il collaudo non è positivo.
- Se il paziente non effettua il collaudo entro 20gg potrebbe incorrere nelle sanzioni previste dalla Regione
- Trascorsi 20 giorni dalla consegna del dispositivo senza che il fornitore abbia ricevuto alcuna comunicazione da parte della ASL, il collaudo si intende effettuato ai fini della fatturazione e del pagamento

Art.5: Tempi minimi di rinnovo dell'erogazione

- L'ASL non autorizza la fornitura di nuovi dispositivi protesici definitivi prima che sia trascorso il tempo minimo di rinnovo (specificato nell'All. 2)
- I tempi minimi possono essere abbreviati sulla base di una dettagliata relazione del medico prescrittore per particolari necessità terapeutiche o riabilitative o per modifiche dello stato psicofisico del paziente.
- In caso di rottura accidentale, di particolare usura del dispositivo, di non perfetta funzionalità del presidio riparato, la azienda Usl può autorizzare, per una sola volta, la fornitura di un nuovo dispositivo protesico prima che siano decorsi i tempi minimi

Art.6: Dispositivi protesici temporanei

I dispositivi provvisori e temporanei sono prescrivibili esclusivamente in favore delle donne mastectomizzate, nei soggetti con enucleazione dei bulbi oculari, nei soggetti con amputazione di arto

Art.7: Numerazione dei Dispositivi protesici su misura

I dispositivi su misura indicati nell'elenco 1 allegato al presente regolamento debbono riportare un numero di matricola da cui si rilevi anche il mese e l'anno dell'autorizzazione

D. M. n. 332/99 Allegato2 - Rinnovo, Fornitura e Garanzia

1 - TEMPI MINIMI DI RINNOVO

A) Dispositivi ortopedici: PLANTARI:	
- in fibra ad alta resistenza	36 mesi
- in materiale deperibile	12 mesi
CALZATURE E RIALZI:	
- soggetti deambulanti con gravi difficoltà della marcia tali da comportare notevole usura	12 mesi
- soggetti non deambulanti e con gravi deformità ai piedi	18 mesi

2 - TERMINI MASSIMI DI CONSEGNA/FORNITURA

1. Le ditte fornitrici di dispositivi su misura e/o finiti che devono essere adattati sono tenute a rispettare i seguenti termini massimi di consegna dall'acquisizione dell'autorizzazione:		
cod. 11 (06.03) – Plantari	giorni lavorativi	20
cod. 12 (06.13) – Rialzi	"	20
cod. 13 (06.33) – Calzature ortopediche predisposte di serie	"	20
cod. 14 (06.33) – Calzature ortopediche su misura	"	60

3 - TERMINI DI GARANZIA

cod. 11 (06.03) – Plantari ad alta resistenza	mesi	12
Cod. 11 (06.03) - Plantari in materiale deperibile	"	6
cod.12 (06.12) – Rialzi	"	6
cod. 13 (06.33) – Calzature ortopediche predisposte di serie	"	6
cod. 14 (06.33) – Calzature ortopediche su misura	"	6

ESEMPIO DI PRESCRIZIONE

- Diagnosi: Diabete tipo 2 complicato da neuropatia, piede con alterato appoggio e sede di pregresse ulcere (piede diabetico ad altissimo rischio)
- Descrizione e Prescrizione del presidio: calzatura di serie, bassa, extrafonda con tomaia termoformabile ed automodellante (cod: 063303.021) priva di cuciture interne e rivestita di fodera antiatrito (cod: 063306.109) suola rigida e basculante (cod: 063306.202); con plantare su misura previo calco in semi-carico, a contatto totale ed avvolgente, in multistrato (cod: 061203.057) rivestito di materiale antiatrito (cod: 061203.103)
- Programma terapeutico di utilizzo: uso di calzature specifiche per “piede diabetico” al fine di evitare sfregamenti e sovraccarichi plantari che potrebbero determinare ulcerazione. Periodo di uso illimitato.

MODULISTICA PER LA PRESCRIZIONE DeI PRESIDI

MODELLO ASL«EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE»

- Il percorso completo, dalla prescrizione alla realizzazione e al collaudo, viene certificato su apposita modulistica
- Il modello ASL prevede la verbalizzazione di tutte le fasi della fornitura di protesi e d'ausili tecnici da parte delle diverse figure responsabili:
 - 1) Medici Specialisti Prescrittori/Collaudatori
 - 2) Tecnici ortopedici
 - 3) Autorizzatori (Medici e/o Amministrativi)

Modulo ASL per Erogazione Protesi

Regione Siciliana

**AZIENDA OSPEDALIERA "CANNIZZARO"
SERVIZIO DI DIABETOLOGIA
PRIMARIO PROF. M. BUSCEMA**

Catania – Via Messina, 829 Tel.095.7262405 – Fax 095.7262403

**U.O.S. PER LA PREVENZIONE E CURA DEL PIEDE DIABETICO
Dott.ssa Chiavetta Tel. 095.7262430**

Cognome Nome nato a il

Diagnosi: Osteoartropatia di Charcot al piede destro in fase cronica in paziente con polineuropatia diabetica periferica sensitivo-motoria ed alterazioni patologiche dell'appoggio plantare bilaterale

Programma terapeutico di utilizzo: Necessita di calzatura ad alta protezione a scopo terapeutico e preventivo per la presenza di osteoartropatia di Charcot a destra ad alto rischio amputativo

Calzature ortopediche su misura (codice 063306018 X 2)

Fodera Materiale Morbido (codice 063306109 X2)

Doppia suola all'avampiede (codice 063306106 X2)

Forte bilaterale rigido (codice 063306118 X2)

Suole e tacchi antiscivolo (codice 063306169 X2)

Plantari su calco in triplice strato (codice 061203057 X2)

Rivestimento plantare (codice 061203103 X2)

Le scarpe in possesso del paziente sono oramai usurate e non più atte allo scopo

Catania

Modulo ASL per Erogazione Protesi

Regione Lombardia Min. DI
A.S.L. n. [] []

EROGAZIONE FORNITURA PROTESICHE

PARTE I - DATI AMBULATORIO-AMMINISTRATIVI	1 - NUMERO DI PRATICA	2 - DATA PRESENTI DOMANDA	3 - TIPO DI FORNITURA		1 1 ^a fornitura	4 10 - Importo fornitura per riconducibilità (art. 2 c. 4 D.M. 28/12/82)
	4 - RICHIEDENTE: Cod. Reg. in Asistito	cognome _____ nome _____	data di nascita	cod. residenza	2 rinnovo	3 FORNITURA DI AUSILI TECNICI (allegato B)
PARTE II - DATI DIAGNOSI, PRESCRIZIONE, PRESENTIVO	5 - RESIDENZA ANAGRAFICA		6 - POSIZIONE NELLA PROFESSIONE		3 3 INSTANTI NELLE CONDIZIONI DI CURA ALL'ART. 1 - L. 18/82	4 2 RINCHI DI ANNI 18
	via _____ n. _____ comune _____	codice _____	7 - AVENTE DIRITTO		4 4 STOMIZZATI	5 5 AMPUTATI
PARTE III DICHIARAZIONE RICHIEDENTE	9 - DIAGNOSI _____ cod. diagnosi [] [] []					
	10 - 1 PREVENTIVO DELLA DITTA FORNITRICE (protesi allegato A)			2 IMPORTO FORNITURA PER RICONDUCIBILITÀ (art. 2 c. 4 D.M. 28/12/82)		
PARTE IV AUTORIZZAZIONE	3 - PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA ABILITATO (v. albo prescrittori)		10 - 3 FORNITURA DI AUSILI TECNICI (allegato B)		L.V.A.	
	presidio prescritto _____ codice relativo _____	IL MEDICO SPECIALISTA PRESCRITTORE	codice _____ n. pezzi _____ prezzo _____	L.V.A. _____	totale _____	
PARTE V CONSEGNA	11 - 1. RICHIEDENTE, VISTA LA PRESCRIZIONE, DICHIARA:		10 - 1 PREVENTIVO DELLA DITTA FORNITRICE (protesi allegato A)			
	1. di scegliere la ditta _____		2 IMPORTO FORNITURA PER RICONDUCIBILITÀ (art. 2 c. 4 D.M. 28/12/82)			
PARTE VI COLLAUDO	2. di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico prescrittore la protesi che riceverà, entro 10 giorni successivi alla consegna		3 FORNITURA DI AUSILI TECNICI (allegato B)			
	3. di non aver ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente		L.V.A. _____			
4. di impegnarsi a restituire la protesi ricevuta qualora non sia più necessaria od idonea alla propria esigenza		data _____ timbro e firma della DITTA _____				
5. di essere a conoscenza della gratuità della fornitura dei presidi del N.T. e della illegittimità di richieste di pagamento da parte della ditta fornitrice		cod. Ditta _____				
6. di essere a conoscenza delle procedure per la fornitura dei presidi riconducibili al Nomenclatore Tariffario		Firma del RICHIEDENTE (o di chi ne ha la tutela) _____				
12 - VERIFICATE LE CONDIZIONI DI AVENTE DIRITTO DEL RICHIEDENTE E DI CONCEDIBILITÀ DEL PRESIDIO PRESCRITTO SI AUTORIZZA LA SPESA PER:		1 1 fornitura della protesi prescritta per l'importo (globale comprensivo dell'IVA) di euro _____				
1. 1 fornitura della protesi prescritta per l'importo (globale comprensivo dell'IVA) di euro _____		2 2 fornitura degli ausili tecnici prescritti per l'importo (globale comprensivo dell'IVA) di euro _____				
Numero Registro _____ Prot. n. _____ data _____		IL RESPONSABILE DELL'AUTORIZZAZIONE (v. albo autorizzatori) _____				
A.S.L. n. _____		(firma) _____ codice _____				
13 - CONSEGNA		13 - CONSEGNA				
data ditta fornitrice _____		A) la protesi malleola n. _____ B) la protesi acustica n. _____ presidio n. _____				
data _____		Il Richiedente _____ (firma) _____				
14 - CERTIFICAZIONE DEL COLLAUDO AVVENUTO IN DATA _____		14 - CERTIFICAZIONE DEL COLLAUDO AVVENUTO IN DATA _____				
Si ACCERTA la rispondenza del presidio dal lato funzionale e la sua conformità alla prescrizione		matricola del presidio _____ firma del medico prescrittore e collaudatore _____				

COLLAUDO

Una volta realizzata la scarpa ortopedica ed il plantare, il tecnico ortopedico fa firmare alla consegna una ricevuta di GRADIMENTO al pz e lo invia al prescrittore per la fase di COLLAUDO.

Prima di indossare il presidio il paziente deve assicurarsi, insieme al medico, che l'ausilio sia privo di difetti e congruo alla prescrizione. Solo dopo collaudo favorevole il tecnico verrà rimborsato

Conguità

Della calzata (considerando il plantare)

Della lunghezza

Tacco e punta smussi

Giusta rigidità della suola

Assenza di cuciture e sporgenze interne

Attenzione al bordo anteriore sporgente rispetto al plantare per le calzature aperte davanti

Incongruità

Della lunghezza rispetto al piede ed alla scarpa
Della larghezza rispetto al piede ed alla scarpa

Errori più frequenti

presenza di goccia retrocapitata
avampiede non lavorato
mancanza di riempimento aree mancanti
non è realizzato su calco (solette pronte o semilavorati)

Osservazioni e criticità

Modulistica differente per ogni ASL/Regione/Distretto

In alcune regioni, tra cui la Lombardia, la prescrizione deve essere fatta da un medico specialista riconosciuto come medico prescrittore, cioè registrato come tale nell'apposito Albo Regionale.

La collaborazione, possibilmente continuativa, con un tecnico ortopedico esperto é indispensabile per realizzare un risultato adeguato alle necessità dei pazienti.

Il nomenclatore è fermo a 10 anni fa. In esso è definito il livello massimo delle tariffe da corrispondere per ogni ausilio protesico. I prezzi corrisposti per una protesi sono quasi immutati da 10 anni, e quindi di gran lunga inferiori ai prezzi correnti.

Inoltre le protesi più moderne, e costose, non sono contemplate. Se si sceglie un modello di protesi che non compare nel nomenclatore, l'ASL copre solo una parte della spesa, il resto va pagato personalmente (ma alcune ASL, lungimiranti, coprono interamente la spesa, specie per i minori; conviene informarsi). Le spese sostenute sono detraibili

Si riporta uno stralcio dell'Allegato 8 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 pubblicato in data 18/03/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza ...". Si allegano le tabelle relative al Diabete Mellito del pacchetto previsto dal vecchio nomenclatore (allegato 8 bis), l'elenco delle malattie e condizioni invalidanti ed il pacchetto del nuovo nomenclatore

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 65 del 18 marzo 2017 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Pacchetto prestazioni del vecchio nomenclatore per il Diabete mellito Allegato 8 bis

DIABETE MELLITO		
PRESTAZIONI		FREQUENZA
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima	
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	
90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	
90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	
90.33.4	MICROALBUMINURIA	
90.43.2	TRIGLICERIDI	
90.43.5	URATO (S/U/dU)	
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	
90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)	
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica	
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	non più di 1 volta l'anno
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	non più di 1 volta l'anno
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisinnogramma (89.17)	

- 93.08.2 ELETTRMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA
Densità delle fibre
- 93.08.5 RISPOSTE RIFLESSE
H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei
Incluso: EMG
- 93.09.1 VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA
Per nervo
- 93.09.2 VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA
Per nervo
- 93.56.4 BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
- 93.82.1 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO
Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
- 93.82.2 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO
Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
- 95.09.1 ESAME DEL FUNDUS OCULI
- 95.05 STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica
- 95.06 STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica
- 95.12 ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE
- 95.26 TONOGRAMMA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA
- 14.33 RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER)
OPPURE
- 14.34 RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)
- 89.52 ELETTRCARDIOGRAMMA
- 89.39.3 VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA
- 89.59.1 TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA
- 86.01 ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo
aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma
- 86.23 RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE
- 86.59.3 ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO
- 05.31 INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA
Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore
Blocco del Ganglio celiaco
Blocco del Ganglio stellato
Blocco del simpatico lombare

ELENCO MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI

CODICE ESEZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE DI ESEZIONE
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
0A02/0B02/OCO2	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
003	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
05	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
06	ARTRITE REUMATOIDE
07	ASMA
08	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
09	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
11	DEMENZE
12	DIABETE INSIPIDO
13	DIABETE MELLITO
14	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL
16	EPATITE CRONICA (ATTIVA)
17	EPILESSIA (escluso: S. di Lennox - Gastault)
18	FIBROSI CISTICA
19	GLAUCOMA
20	INFEZIONE DA HIV
21	INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. classe III e IV)
22	INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)
23	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
24	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
25	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa e IIb - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA - IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE COMBINATA - IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III
026	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO
027	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO GRAVE (valori TSH > 10 mU/L)
028	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
029	MALATTIA DI ALZHEIMER
030	MALATTIA DI SJOGREN
0A31	IPERTENSIONE ARTERIOSA (SENZA DANNO D'ORGANO)
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
032	MALATTIA O SINDROME DI CUSHING
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO
036	MORBO DI BUERGER
37	MORBO DI PAGET
38	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI
39	NANISMO IPOFISARIO
40	NEONATI PREMATURI E IMMaturi; NEONATI A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
41	NEUROMIELITE OTTICA
42	PANCREATITE CRONICA
44	PSICOSI
45	PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITRODERMICA)
46	SCLEROSI MULTIPLA
48	SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO
49	SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE
50	SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)
51	SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI
52	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, INTESTINO, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)
53	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA
54	SPONDILITE ANCHIOSANTE
55	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)
56	TIROIDITE DI HASHIMOTO
57	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTOGRAVE"
58	DONATORI D'ORGANO
59	MALATTIA CELIACA
60	OSTEOMIELITE CRONICA
61	PATOLOGIE RENALI CRONICHE (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/m)
062	RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE
63	ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III e IV stadio ASRM)
64	SINDROME DA TALIDOMIDE (nelle forme: amelia, emimelia, focomelia, micromelia)
65	SINDROME DI DOWN
66	SINDROME DI KLINEFELTER
67	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE

013	.250	DIABETE MELLITO	
		PRESTAZIONI	FREQUENZA
		VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	con cadenza annuale o più frequente con valori patologici e/o in presenza di steatosi epatica
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	con cadenza annuale o più frequente con valori patologici e/o in presenza di steatosi epatica
	90.11.1	C PEPTIDE	
	90.13.8	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)	
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
	90.27.1	GLUCOSIO	
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	
	90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]	
	90.43.2	TRIGLICERIDI	
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
	90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	
	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	
	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1	non più di 1 volta l'anno
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco aortico e succlavia a riposo o dopo prova fisica o farmacologica, Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	non più di 1 volta l'anno
	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.	
	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitative. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta.	
	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi eterocettivi agli arti	
	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo principale (fino a 6 segmenti)	
	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo principale (fino a 4 segmenti)	
	93.56.4	BENDAGGIO ADESSIVO ELASTICO per linfedema	
	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	
	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	
	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	
H	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCENZA	
	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	
	95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4	
	99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLUCEMICO). Incluso addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio.	
	14.34	FOTOGOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	
	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST	
	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	
	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	
	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm ² e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita.	
	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiacco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco	
	90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mIU/L e ≤ 3.5 mIU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mIU/L o > 3.5 mIU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 ≥ 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale	

NEL DMT1, in gravidanza, diabete pre-gestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta

* NOTA: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale

BIBLIOGRAFIA

Per ulteriori approfondimenti si consiglia di consultare:

Paolo Capodaglio¹, Edda Maria Capodaglio², Helmer, Precilios¹, Luca Vismara¹, Elena Tacchini¹, Enrico Finozzi³, Amelia Brunani¹: *Obesità e lavoro: un problema emergente* G Ital Med Lav Erg 2011; 33:1, 47-54

Francesco Atzei-Giuseppe Boriello--Antonio Cabras -Marco Comaschi -Giampiero Loy -Carmen Mandas-Massimo Martelloni -Nicola Minuto -Alessio Sodano: *LA TUTELA DEL DIABETICO*

Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII) e Diabete Italia (SID e AMD)
DOCUMENTO DI CONSENSO 2014

Ministero della Salute, Commissione Nazionale Diabete, Direzione generale per la programmazione sanitaria. Piano sulla malattia diabetica. Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7.2.2013 - Supplemento ordinario n. 9 www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf

Indagine conoscitiva del Senato sulla Patologia Diabetica in rapporto al Servizio Sanitario Nazionale ed alle connessioni con le Malattie non trasmissibili. Seduta n. 369 del 4 ottobre 2012. http://www.senato.it/leg/16/BGT/Schede_v3/ProcANL/ProcANLScheda24367.html

Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID) – Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018

Documento strategico di intervento integrato per l’inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti Scolastici, Educativi, Formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all’istruzione e alla migliore qualità di vita. AGD Italia in collaborazione con Ministero della Salute Ministero dell’Istruzione, dell’Università, della Ricerca. Novembre 2013. www.agditalia.it/pdf/AGDI_senato.pdf

Piano sulla malattia diabetica - Ministero della Salute
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf .

Ainsworth B.E. e coll. *Compendium of physical Activities: an update of activity codes and MET intensities 2000*. Medicine & Science in sports & exercise. Official Journal of the American College of sports Medicine. 2000; S498-S516.

American Diabetes Association. *Diabetes and Employment. Position statement*. Diabetes Care. 2011; 34 (suppl.1): 582-586.

American Diabetes Association. *Diabetes and Employment*. Diabetes Care. 2014; 37: S112-S117.
Fletcher G.F. e coll. *Exercise standard for testing and training: A statement for healthcare Professionals from American heart association*. Circulation. 2001; 104: 1694-1740.

Gale E.A.M., Tattersall R.B. *Hypothermia: a complication of diabetic ketoacidosis*. British Medical Journal, 1978; 2: 1387-1389.

Gerin C., Antoniotti F., Merli S.: *Medicina Legale e delle Assicurazioni*. SEU, Roma, 1997: 566-610.

Guo Y. e coll. The Effects of Shift Work on Sleeping Quality, Hypertension and Diabetes in Retired Workers. *PLoS ONE*. 2013 ; 8: e71107.

Haupt A. e coll. The effects of skin temperature and testing site on blood glucose measurements taken by a modern blood glucose monitoring device. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2005;7: 597–601.

Morris J.N., Heady J.A. Mortality in relation to the physical activity of work: a preliminary note on experience in middle age. *British Journal of Industrial Medicine*. 1953; 10: 245-54.

Occupational Health. The role of occupational health in diabetes management. *Community Care* on 4 Apr 2008 in *Employment Law Features, Occupational health, Wellbeing*.
<http://www.personneltoday.com/hr/the-role-of-occupational-health-in-diabetes-management/>.

Poole C.J.M. e coll. Control of diabetes mellitus in shift workers. *British Journal of Industrial Medicine*. 1992; 49:513-515.

Scott A.R. e coll. Abnormal thermoregulation in diabetic autonomic neuropathy. *Diabetes*. 1988; 37: 961–968.

Soleo L. e coll. Linee guida per la sorveglianza sanitaria. In: Apostoli P., Imbriani M., Soleo L., Abbritti G., Ambrosi L. (Eds): *Linee guida per la formazione continua e l'accREDITAMENTO del medico del lavoro*. PIME Editore, Pavia, 2004.

Strauch B.S. e coll. Hypothermia in hypoglycemia. *JAMA*. 1969; 210: 345-346.

Webster T. e coll. Hormonal response associated with the nadir in blood glucose during graded cycling exercise. *Journal of Exercise Science & Fitness*. 2013; 11: 6-11.

Winocour P.H. e coll. Altered hand skin blood flow in type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*. 1988; 5: 861–866.

Young J. e coll. Control of type 1 diabetes mellitus and shift work. *Occupational Medicine*. 2013; 63: 70–72.