

SASSARI MEDICA



I

**IN QUESTO
NUMERO:**

Intervista/L'accesso
alle cure palliative
e alla terapia del dolore

La nuova normativa
sull'invalidità civile

La pandemia da A (H1N1)v
Quali insegnamenti

Progetto odontoiatrico
"Il sorriso dei bambini"

Il ritorno e le emozioni:
il professor Muzzetto
nella città dei ricordi

Considerazioni
(un po' amare)
su pensione, professione e sanità

Libri/Il Policlinico Sardegna
nelle Filippine: "Diario
di un medico missionario"

Il nuovo comitato direttivo
della Federspev provinciale

Le assenze brevi: la certificazione
per i pubblici dipendenti

ENPAM - Accertamenti
contributivi

Le prove attitudinali
per la professione
di odontoiatra

ANNO XIX
FEBBRAIO 2010

"Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1, comma 2 DCB Sassari. Proprietà: Ordine dei medici di Sassari".

Supplemento

INAIL - GUIDA ALLE PRESTAZIONI



Topo Gigio testimonial della campagna istituzionale

Anno XIX - Numero 1
2010

Direttore responsabile: Agostino Sussarellu
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

Direzione, Redazione, Amministrazione:
via Cavour 71/B - 07100 Sassari
Telefono (079) 23.44.30
Telefax (079) 23.22.28

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu - *Vice Presidente:* Rita Nonnis - *Segretario:* Giovanni Biddau - *Tesoriere:* Nicola Addis - *Consiglieri:* Alessandro Arru - Piero Luigi Bellu - Tiziana Casti - Paolo Castiglia - Maria Grazia Cherchi - Alberto Delpini - Monica Derosas - Carla Fundoni - Nicolino Sanna - Francesco Scanu - Patrizia Virgona. *Consiglieri Odontoiatri:* Pierluigi Delogu, Alessandro Sechi - *Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri:* *Presidente:* Pierluigi Delogu - *Componenti:* Antonella Bortone - Pierpaolo Delitala - Antonio Pinna - Alessandro Sechi. *Collegio dei revisori dei Conti:* *Presidente:* Giancarlo Bazzoni - *Componenti:* Alessandro Gannau - Nadia Tola - *Revisore supplente:* Pasqualina Bardino.

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1, comma 2 DCB Sassari. Proprietà: Ordine dei medici di Sassari".

Realizzazione editoriale: Tipografia TAS, Zona Industriale Predda Niedda sud - strada n. 10 - 07100 Sassari
Tel./Fax 079.26.22.36 - 079.262221
Stampa: TAS Srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari e a tutti gli Ordini dei medici d'Italia.

SASSARI MEDICA

*Periodico dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.org

E-MAIL: ordine@omceoss.org

- 2 Intervista/L'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
- 6 La nuova normativa sull'invalidità civile
- 9 La pandemia da A (H1N1)v
Quali insegnamenti
- 15 Progetto odontoiatrico
"Il sorriso dei bambini"
- 20 Il ritorno e le emozioni: il professor Muzzetto nella città dei ricordi
- 22 Considerazioni (un po' amare) su pensione, professione e sanità
- 25 Libri/Il Policlinico Sardegna nelle Filippine: "Diario di un medico missionario"
- 28 Il nuovo comitato direttivo della Federspev provinciale
- 28 Enpam - Accertamenti contributivi
- 29 Le assenze brevi: la certificazione per i pubblici dipendenti
- 32 Le prove attitudinali per la professione di odontoiatra

Dopo l'approvazione alla Camera del disegno di legge L'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

La Camera dei deputati a fine estate ha licenziato il disegno di legge 1771 su "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore". Un testo atteso da tempo risultante dalla unificazione di vari disegni di legge di entrambe le parti politiche.

Sostanzialmente il testo approvato tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alle terapie del dolore garantendo adeguato sostegno sanitario e socio assistenziale alla persona malata e alle famiglie.

Le cure palliative e le terapie del dolore costituiranno, secondo lo spirito della nuova legge, obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e sarà previsto un finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato. Si procederà alla rilevazione capillare dei presidi esistenti, delle necessità territoriali regionali e alla definizione dei requisiti minimi necessari per l'accreditamento delle strutture dedicate all'assistenza dei malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e delle terapie del dolore anche domiciliari presenti per ciascuna Regione.

Il Comitato paritetico permanente per la verifica dei LEA, infine, valuterà annualmente lo stato di attenzione della legge con particolare riguardo all'appropriatezza e all'efficienza dell'utilizzo delle risorse e alla verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a dispo-

sizione. Fin qui i principi generali previsti dalla legge ora in discussione al Senato. Sulla legge in generale e su alcune criticità rilevate abbiamo chiesto il parere di un presidente di Ordine che è al "fronte" presso un centro della terapia del dolore all'Ospedale Civile S.S. Annunziata di Sassari. Agostino Sussarellu, presidente - appunto - dell'Ordine di Sassari.

Presidente, intanto un giudizio generale sull'impianto della legge.

Il disegno di legge sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore è stato presentato ed approvato da tutte le forze politiche, e per questo semplice fatto il giudizio generale non può che essere positivo. Ciò fa sperare che effettivamente, questa volta, si riesca ad avere una normativa ufficiale.

Tale documento, che per certi versi resta un po' nel vago, contiene sicuramente al suo interno dei punti importanti. Mi riferisco in particolare all'art. 3, nello specifico ai commi 3 - 4-5 i quali prevedono non solo l'obbligatorietà per le regioni di applicare la legge, ma anche, attraverso un attento monitoraggio, la possibilità che quelle inadempienti possano essere commissariate; un altro aspetto, non secondario, a cui voglio fare riferimento, è la definitiva semplificazione delle procedure relative alla ricettazione degli analgesici oppiacei. La speranza è che adesso il passaggio al Senato sia rapido e che le

Il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu esprime un giudizio generale positivo, ma evidenzia anche i limiti. Ad esempio la scarsa dotazione di mezzi finanziari

norme contenute nel disegno di legge diventino rapidamente attuative.

Alcune organizzazioni sostengono che la legge “non tiene adeguatamente conto della complessità delle problematiche della malattia del dolore”, e che il ddl approvato focalizzi troppo l’attenzione sulle cure palliative. Che ne pensa?

Personalmente avrei preferito che le cure palliative e la terapia del dolore avessero due percorsi distinti, per evitare di perpetuare la solita confusione tra i due argomenti.

Le cure palliative sono rivolte a pazienti giunti alla fase finale della vita, la maggior parte dei quali ha bisogno anche della terapia del dolore. Rientra invece nella fase terminale solo una piccola percentuale di coloro che necessitano della terapia antalgica. Tale percentuale può essere quantificata intorno al 10–15% del totale, per il resto trattasi di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative o, più di frequente, colpiti da affezioni che causano dolore acuto.

Nella sostanza la legge mostra i suoi limiti, legati a questa comunione, proprio nel non considerare il dolore acuto, come ad esempio, per citare alcune delle forme più conosciute, il dolore post-operatorio, i traumi, il parto.

Il dolore cronico si trasforma, secondo gli esperti, in una vera e propria malattia a sé con una compromissione della qualità della vita: è così?

Il dolore, nella sua evoluzione, se non è adeguatamente trattato si trasforma in dolore cronico. Se perdura da almeno 6 mesi si definisce, appunto, “dolore cronico” e smette di essere un sintomo per trasformarsi in un’entità a sé stante, diventa una vera e propria “malattia dolore”. Questa è

fortemente invalidante, limita notevolmente il soggetto che ne è affetto, nella vita sociale, nell’attività lavorativa, nella possibilità di svago, nelle affettività. Il malato tende infatti ad isolarsi dal resto della società, quando non viene addirittura isolato dalla società stessa. Per di più, queste situazioni si ripercuotono anche sulla famiglia, causando una cascata di eventi che ne possono minare la solidità.

Da studi economici effettuati dagli esperti del settore sembrerebbe che il dolore costituisca causa di un elevato costo sociale pari a 3 miliardi di euro corrispondente al 2% del PIL. Cosa si può fare di fronte a questa situazione così critica?

I dati a cui lei fa riferimento derivano dalla ricerca “Pain in Europe”. Questo studio ha analizzato la diffusione del fenomeno dolore in Europa, e anche i costi sociali che sono stati tradotti in milioni di euro. In Italia il 19% della popolazione è affetta da dolore cronico, ciò significa che un italiano su cinque quotidianamente affronta questo problema. Il soggetto che soffre per un dolore cronico non solo ha bisogno di farmaci, ma spesso si assenta dal posto di lavoro, fino ad arrivare, con l’evoluzione della patologia, all’invalidità. Il tutto si ripercuote sulle casse statali. Dalla valutazione effettuata, per la nostra nazione questo costo risulta ammontare effettivamente a 3 miliardi di euro, il 2% del PIL. Il sistema migliore per ridurre questo enorme danno economico sarebbe quello di puntare su una lotta serrata al dolore, acuto e cronico.

Purtroppo questo disegno di legge non mostra di voler andare in tale direzione, poiché, come ho già detto,

non prende in considerazione il dolore acuto, ma soprattutto non mette a disposizione le risorse economiche che sarebbero necessarie.

L'accordo Stato-Regioni dello scorso 25 marzo ha tracciato quello che dovrebbe essere il futuro del trattamento del dolore nella nostra nazione, con una strutturazione di tipo "Hub and spoke" che partendo dal coinvolgimento dei medici di medicina generale si articola in centri di complessità crescente. Per realizzare questo sono stati stanziati 150 milioni, una cifra irrisoria se si pensa alle enormi carenze italiane, e all'enorme lavoro che c'è da fare.

A mio parere si dovrebbero prevedere servizi di medicina del dolore presso tutti i presidi sanitari, per i quali sarebbe necessario assumere medici, infermieri e tutto il personale di supporto. Di questo non si parla da nessuna parte, anzi ricorre troppo spesso la dizione: "All'attuazione del presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strutturali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica". Una dizione che mostra tutti i limiti del progetto. Ripeto: solo un forte impegno economico può portare ad una riduzione del fenomeno "Dolore" e quindi ad un risparmio importante per le finanze di una nazione.

Cosa ne pensa della semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nelle terapie del dolore di cui all'art. 10 del DDI in discussione?

Il problema, tutto italiano, dello scarso utilizzo degli oppiacei riconosceva due cause principali. La prima, di tipo normativo, legata alla complessità della ricettazione, è venuta

via via a mancare senza che vi sia stata una variazione significativa dell'utilizzo di questi farmaci. Ormai l'uso del ricettario ministeriale a ricalco, tanto biasimato, è limitato a pochissimi prodotti (morfina in fiale e buprenorfina in compresse), tutti gli altri oppiacei sono prescrivibili sul normale ricettario rosso.

La seconda causa, che a mio parere sarà più difficile da debellare, sta tutta nella scarsa cultura della classe medica riguardo al trattamento del dolore. Questo argomento non solo non viene trattato all'interno dei corsi di laurea ("medicina e chirurgia" ed "odontoiatria") e dei corsi di specializzazione, ma spesso, purtroppo, neppure all'interno di quelle branche che nella fattispecie maggiormente dovrebbero essere interessate e sensibilizzate al problema ("anestesia e rianimazione" e "oncologia").

Credo che un cambiamento epocale nel trattamento del dolore, in tutti i suoi aspetti, si potrà raggiungere solo con una campagna di formazione fatta a tappeto, che si rivolga a tutti i soggetti coinvolti nel processo dell'assistenza. Per intenderci, è necessario estendere la formazione non solo alla classe medica, senza esclusione di qualsivoglia specialità, ma anche a tutte le altre professioni sanitarie, e aggiungo che personalmente non escluderei neppure le figure di supporto, quali gli OSS e gli ausiliari. Per tale scopo potrebbe essere utile ricorrere all'ECM e al piano di formazione nazionale.

Il disegno di legge affronta l'argomento formazione ed ECM, ma anche su questo punto dovrebbe essere più chiaro ed esplicitare meglio tale tema. Dalla lettura dell'art. 8, sembra che la formazione sia limitata a pochi soggetti, e che, tanto per

cambiare, non si preveda per essa "alcun onere aggiuntivo". Non bisogna neppure dimenticare che uno dei problemi in cui ci si imbatte spesso risulta essere la scarsa disponibilità degli oppiacei presso le farmacie territoriali, ma questo aspetto non è stato preso in considerazione nella stesura della legge, mentre invece potrebbe rivelarsi un handicap impreveduto.

A Pavia durante un convegno sul dolore, organizzato dal locale Policlinico, è stata lanciata l'idea di creare una nuova figura professionale "l'infermiere specializzato nella terapia del dolore" già presente in alcune nazioni come la Danimarca e la Svezia. Che ne pensa?

Premetto che in Italia non esiste una specializzazione medica in terapia del dolore o, come molti vorrebbero, in medicina del dolore, e aggiungo che sarebbe ormai opportuno istituirla, onde evitare i contrasti che si sviluppano tra vari specialisti (anestesiisti, oncologi e altri).

Credo che tale specializzazione rappresenti obbligatoriamente il futuro di tutte le branche sanitarie, poiché la terapia del dolore possiede delle peculiarità tali da risultare inimmaginabile che una struttura, ospedaliera o territoriale, sia in grado di occuparsi di questo problema, se

affidata ad un personale con una formazione generica. Quindi, ben venga la specializzazione per medici ed infermieri.

Una recente interpellanza dell'OMS ha posto il problema dello scarso utilizzo degli analgesici per la cura del dolore, è così o sono solo sterili polemiche di chi non vive la realtà dei Centri del dolore?

Se ci riferiamo al consumo degli analgesici oppiacei, che secondo l'OMS sono il cardine per la valutazione del corretto trattamento del dolore in una nazione, noi siamo carenti. In Italia il consumo degli oppiacei, pur aumentato percentualmente in maniera enorme rispetto alla base di partenza, resta sempre a livelli bassissimi, non solo rispetto al resto dell'Europa, ma dell'intero pianeta, compresi i così detti paesi del terzo mondo.

È necessario che la strada intrapresa da qualche anno non si interrompa, e che tutti, per quanto compete loro, entrino in gioco collaborando attivamente: i politici, la classe medica, l'università, le società scientifiche, e a parer mio anche gli Ordini Professionali, poiché il trattamento del dolore rappresenta un dovere morale e deontologico per qualsiasi professionista della salute.

a cura di Enzo Del Monaco

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

Per informazioni riguardanti corsi organizzati dall'Ordine, scadenze, adempimenti connessi alla professione e per la modulistica relativa alle pratiche ordinistiche è possibile consultare il sito dell'Ordine:

www.omceoss.org

Le novità illustrate in una serie di incontri

La nuova normativa sull'invalidità civile

Cari Colleghi, la legge 102 del 3 agosto 2009 sul nuovo processo dell'invalidità civile, ha provocato (è questo era scontato) nell'ambito dei soggetti interessati (medici, patronati di assistenza, INPS, ASL etc.) una certa preoccupazione. Per favorire l'assimilazione della nuova normativa, l'Ordine dei medici, l'INPS, i rappresentanti dei medici di famiglia, le ASL della provincia hanno tenuto una serie di incontri.

Non solo, nei vari siti internet è consultabile la documentazione necessaria.

Punti nodali della nuova normativa sono: la totale informatizzazione delle procedure, per cui il certificato medico deve essere redatto su modulo elettronico che prevede il possesso di un PIN rilasciato dall'INPS, tale certificato avrà una validità di 30 giorni, e dev'essere presentato, sempre all'INPS, dal cittadino, direttamente, o tramite patronato di assistenza. Per poter inoltrare la domanda, (sempre in formato elettronico e corredata dal certificato medico) occorre munirsi di PIN (fornito anche questo dall'INPS).

Al momento della presentazione della domanda ONLINE, verrà rilasciata contestualmente ricevuta indicante anche la data e l'ora della visita.

Le commissioni esaminatrici della ASL (che saranno ridotte di numero ed opereranno prevalentemente durante l'ora di servizio) saranno inte-

grate da un medico dell'INPS (e questa è un'altra novità!) per cui se il giudizio della commissione viene espresso all'unanimità, si eviterà il secondo passaggio (attualmente previsto in ogni caso alla commissione medica provinciale dell'INPS, cosa che invece si verificherà nel caso il giudizio non espresso all'unanimità).

Anche la richiesta di visita "a domicilio" deve seguire la procedura ONLINE.

Queste sono alcune indicazioni e per favorire una miglior metabolizzazione del nuovo processo, l'Ordine dei medici, l'INPS, le ASL, le organizzazioni dei medici organizzeranno a livello distrettuale una serie d'incontri per facilitare a tutti i medici interessati di chiarire i diversi aspetti ed indicare eventuali criticità (alcune peraltro già evidenziate, come per esempio la mancanza della rete ADSL in diverse località).

Anche questo bollettino esce con la nuova normativa, in modo che esso possa essere conservato e consultato.

In questo e nei prossimi numeri ci occuperemo non solo dell'invalidità civile, ma anche di denunce d'infortuni sul lavoro e malattie professionali all'INAIL ed eventualmente di certificazioni per inabilità di servizio ed altre che i colleghi suggeriranno.

Nicola Addis

Tesoriere dell'Ordine

Totale informatizzazione delle procedure, riduzione del numero delle commissioni che saranno integrate da un medico dell'INPS

DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI SASSARI

COMUNICATO

Dal 1 gennaio 2010 cambiano le regole per la presentazione delle domande di invalidità, cecità, sordità civile, handicap e disabilità (art. 20, 3° legge n. 102 del 3 agosto 2009).

CHE COSA FARE PER PRESENTARE LA NUOVA DOMANDA DI INVALIDITÀ CIVILE

L'intero iter si svolgerà tramite procedura informatica accessibile dal sito Internet dell'Istituto. Si fa tutto on line perché è più sicuro, più trasparente e più veloce.

L'INPS si impegna a erogare le prestazioni entro il termine di 120 giorni dalla data di presentazione della domanda, rendendosi garante di tutta la procedura

1 Il certificato medico diventa digitale

Per prima cosa il cittadino deve farsi rilasciare dal proprio medico di fiducia il certificato. Il medico deve essere dotato di un "pin elettronico" da richiedere presso la propria sede Inps o per il tramite dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari.

Effettuata la visita e completata l'acquisizione nella procedura Internet, il medico stampa il certificato e una comunicazione contenente un codice univoco che il cittadino utilizzerà per l'abbinamento della certificazione medica alla domanda.

Il medico potrà rilasciare il certificato in formato cartaceo, ma questo dovrà essere trasformato in formato elettronico da un altro medico dotato di Pin, ad esempio dal medico del Patronato.

Il certificato ha validità massima di 30 giorni, termine entro il quale dovrà essere presentata la domanda.

2 La domanda si presenta all'INPS esclusivamente per via telematica.

Può essere trasmessa direttamente dal cittadino, col proprio PIN di accesso alla procedura sul sito www.INPS.it, o tramite i Patronati, o le Associazioni di categoria.

La domanda è valida solo se abbinata al codice univoco del certificato medico digitale.

Il cittadino può chiedere di non essere convocato per la visita in giorni nei quali deve effettuare terapie particolari (dialisi, chemioterapia, ...).

Al termine della trasmissione della domanda, il sistema INPS presso la ASL.

La data di visita proposta dal sistema può essere modificata dall'interessato entro il limite di 30 giorni dalla data della domanda.

Per le patologie di cui al D.M. 02/08/2007 e per le patologie oncologiche, la visita deve avvenire entro 15 giorni dalla data della domanda.

Ogni domanda completa e ricevibile viene trasmessa in tempo reale alle ASL.

3 La visita medica collegiale (Asl + medico Inps)

Il cittadino è chiamato a visita presso la Commissione ASL competente in base al cap/comune di residenza dell'interessato.

Ai fini degli accertamenti sanitari le Commissioni mediche delle ASL sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo; l'accertamento definitivo e' effettuato dall'INPS tramite i Centri medico legali.

Il verbale sanitario è redatto in formato elettronico, immediatamente disponibile per gli adempimenti amministrativi.

In caso di accoglimento con diritto ad un beneficio economico, l'interessato viene invitato a completare la domanda con i dati necessari per l'accertamento dei requisiti reddituali e personali.



Richiesta di rilascio PIN per la certificazione di invalidità civile

ALL'UFFICIO INPS DI

Il sottoscritto:

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV.

RESIDENTE IN PROV.

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE FAX

INDIRIZZO E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NUMERO

RILASCIATO DA SCADENZA

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere Medico Chirurgo iscritto all'ordine provinciale di _____ tessera n. _____, e chiede l'assegnazione di un codice PIN per la compilazione e la trasmissione telematica dei certificati medici dei propri assistiti nell'ambito del nuovo procedimento dell'invalidità civile, di cui all'art. 20 del D.L. n. 78 del 2009 convertito nella legge n. 102 del 2009.

Il richiedente riconosce che l'utilizzo del PIN è strettamente personale e non delegabile; dichiara inoltre che tutte le richieste di consultazione e/o inoltro di dati per via telematica all'INPS effettuate mediante l'utilizzo del PIN saranno imputate al richiedente esclusa ogni eccezione per qualsiasi uso improprio o delegato del PIN.

Il richiedente assume altresì l'impegno di comunicare tempestivamente all'INPS, Direzione provinciale di _____, ogni evento che incida sulla persistenza del suo status professionale (cancellazione, sospensione dall'Ordine, ecc.), in virtù del quale l'INPS ha concesso l'abilitazione di cui sopra.

_____ il _____

Il Richiedente _____

Secondo il Dlgs n. 196/2003, tutti i dati dichiarati e destinati all'Istituto sono di natura privata. L'Istituto si impegna a trattarli nel pieno rispetto delle norme.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto in data _____
il codice PIN N° _____ per l'accesso ai servizi telematici dell'INPS.

Il Richiedente _____

Perché così poche vaccinazioni?

La pandemia da A (H1N1)v

Quali insegnamenti

L'obiettivo di una politica di sanità pubblica dovrebbe essere quello di soddisfare i bisogni della popolazione, garantendo un accesso equo alle informazioni, alle prestazioni ed ai servizi, a costi sopportabili per il singolo e per la società, il tutto in un'azione inter-settoriale di sostegno eco-socio-economico favorevole alla salute.

Questa è una definizione che, a seguito dell'allungamento della vita media della popolazione, è stata coniata per far fronte alla emergenza delle malattie cronico degenerative, la cui eziologia multifattoriale e la dipendenza da fattori genetici, socio-culturali ed economici modificava il tradizionale approccio utilizzato nei confronti delle malattie infettive, la cui eziologia semplice implicava invece per la profilassi le sole norme igieniche.

La nuova pandemia del XXI secolo sembra aver cambiato questo modo di vedere: probabilmente l'era delle norme contro le malattie infettive sta tramontando e si affaccia oggi un approccio partecipativo alla profilassi simile a quello necessario per le malattie cronico-degenerative.

Mai prima di oggi, infatti, si era potuto in anticipo rispetto ad una pandemia prevederne l'evoluzione, studiarne l'eziologia, mettere a punto e a disposizione della popolazione strumenti di profilassi sicuri ed efficaci con un'informazione accessibile a tutti. Ciò nonostante la *compliance*

alla vaccinazione è apparsa scarsa, mentre opinion leader della comunicazione a vari livelli hanno rifiutato i messaggi e le raccomandazioni, che le diverse istituzioni hanno via via emanato. Per il vaccino, l'unica vera arma efficace per il controllo dell'infezione, stiamo in pratica vivendo in Italia un secondo caso "Di Bella", nel quale vengono screditate le evidenze scientifiche e si dà credito a fonti di controinformazione che si basano su fondamenti ideologici e politici.

Non è facile comprendere appieno le motivazioni che hanno portato a questo atteggiamento. Cerchiamo di individuarle per capire quale lezione questa prima ondata della pandemia ci ha dato.

Cominciamo coll'analizzare sinteticamente il contesto nel quale le informazioni e le azioni condotte si sono mosse.

Il contesto epidemiologico e le azioni intraprese

A partire dal 2002, da quando cioè l'influenza aviaria da virus A(H5N1) è comparsa con i primi focolai negli uccelli, le organizzazioni sanitarie di tutti i Paesi, incluso il nostro ministero della salute, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno proceduto ad avviare dei piani multifase per una pandemia influenzale. Verso la fine del 2003 l'influenza aviaria è divenu-

I piani sono stati predisposti tempestivamente, poi è partita un'azione di screditamento e di sospetto che ha fatto breccia nella popolazione

ta endemica nei volatili nell'area estremo orientale, con infezioni gravi anche nell'uomo, e pertanto è divenuto più concreto e persistente il rischio di una pandemia influenzale. Per questo motivo, nel 2005 è stato varato un nuovo piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale, messo a punto dai tecnici del Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (CCM) che è stato approvato poi dalla Conferenza Stato-Regioni il 9 febbraio 2006. Esso era mirato a rafforzare la collaborazione tra il livello nazionale e quello locale e teneva conto delle ultime novità sulla diffusione dell'influenza aviaria in Europa e delle misure preventive già adottate.

Veniva, inoltre, arricchito sotto l'aspetto della formazione e della comunicazione, indicando il CCM come "organo di consulenza" e individuando una "struttura operativa" articolata su tre livelli – centrale, regionale e territoriale – deputata al monitoraggio e al coordinamento di tutti gli obiettivi e di tutte le azioni previste dal Piano. Esso rappresentava inoltre il riferimento in base al quale dovevano essere messi a punto i piani operativi regionali.

Di conseguenza, la Regione Sardegna ha provveduto ad elaborare il Piano Operativo Regionale sardo, stilato dal gruppo di lavoro "Pandemia Influenzale" regionale specificamente creato con Determinazione n. 908 del 15.09.2006, che ha avuto come obiettivo quello di dotare la Regione Sardegna di uno strumento operativo, che traducesse nella realtà regionale le indicazioni contenute nel Piano Pandemico Nazionale Influenza, allo scopo di rafforzare la preparazione ad una possibile pandemia attraverso una opportuna pro-

grammazione. Tale documento è stato stilato in data 15 dicembre 2006 ed ha costituito la base per la successiva revisione in occasione dell'emergenza del nuovo virus A(H1N1)v.

Nel mese di marzo 2009, infatti, si sono verificati in Messico casi, anche letali, di infezione nell'uomo da parte di un nuovo virus influenzale, il tipo A(H1N1)v, in precedenza identificato come influenza suina, e mai rilevato prima nell'uomo. Ad aprile 2009 la notizia ha valicato i confini di quella nazione e l'OMS ha considerato seriamente la possibilità di una diffusione dell'infezione. Il 24 aprile veniva lanciato l'allerta sui possibili rischi connessi alla diffusione di questa nuova influenza nell'uomo e al suo potenziale pandemico, alzando rapidamente il livello di attenzione per la preparazione e la risposta a una pandemia influenzale.

Il governo italiano provvedeva ad attivare una unità di crisi, un numero verde per i cittadini ed una lunga serie di provvedimenti amministrativi, ivi compresa una vasta campagna di informazione, volti al "contenimento" dell'infezione, in prima istanza rivolta ai casi di importazione.

A quel punto la disponibilità del Piano Operativo Regionale stilato nel 2006 per l'influenza aviaria ha fatto sì che già nel mese di aprile 2009, quando ancora si era in fase 5 di allerta, sia stata attivata una unità di crisi inter-aziendale, fra l'Azienda Ospedaliera di Sassari e la ASL n.1 di Sassari, per predisporre i percorsi di accettazione e ricovero dei casi di importazione, che eventualmente si fossero manifestati nel nostro territorio, dandone ampia comunicazione ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta attraverso un pratico memorandum. Il sistema ha

dimostrato di lavorare con efficienza ed efficacia e non sono stati rilevati cluster attorno ai casi importati.

L'11 giugno 2009, sulla base dei criteri predefiniti dal piano di preparazione e risposta alle pandemie influenzali, l'OMS dichiarava la Fase 6 di stato pandemico, il virus infatti circolava ormai in almeno due continenti.

Il nostro governo varava pertanto il Piano Pandemico Nazionale e la nostra Regione con decreto n. 30 del 23 luglio 2009, integrato in data 17 settembre 2009 con il decreto n. 38, nominava il Comitato Pandemico Regionale (CPR), al fine di supportare la Direzione del Servizio Prevenzione dell'Igiene e Sanità che, durante le Fasi 1- 2- 3- 4- 5 della classificazione OMS di allerta pandemico, aveva invece ritenuto di non istituire nuovi assetti organizzativi.

Successivamente, il diffondersi della pandemia aveva fatto spostare le misure di controllo dal "contenimento" dell'infezione alla sua "mitigazione", secondo i consolidati programmi di sanità pubblica basati su misure nei confronti dei casi da gestire a casa ed in ospedale, dei contatti in famiglia, a scuola ed in comunità, sull'istituzione ed affinamento dei sistemi di diagnosi e di sorveglianza, sulla collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, sul trattamento dei casi gravi e, finalmente, sullo strumento più efficace che abbiamo a disposizione oltre a quello dell'informazione, e che si affacciava in autunno per un possibile utilizzo, il vaccino.

Quotidianamente, veniva aggiornata la situazione epidemiologica ed una serie intensa di atti amministrativi da parte dello Stato e della Re-

gione fornivano le indicazioni per le misure da intraprendere. Così su indicazione del Piano Pandemico Regionale, approvato in data 17/11/2009 con D.G.R. n. 51/23, le singole Aziende provvedevano a varare i propri piani.

Secondo quanto previsto, nel mese di ottobre il vaccino cominciava ad essere distribuito alle Regioni mano a mano che l'azienda produttrice lo forniva allo Stato. Le Regioni, a loro volta, provvedevano a distribuirlo alle ASL perché venisse offerto alle categorie di soggetti secondo l'ordine di priorità stabilito dal Ministero.

La macchina organizzativa ha lavorato bene. La possibilità di avere il vaccino è stata possibile grazie all'attingimento dei fondi già disponibili da parte dello Stato per il Bioterrorismo. La casa produttrice ha fornito un vaccino con profilo di sicurezza, tollerabilità ed efficacia addirittura superiori rispetto a quanto gli studi iniziali avessero già dimostrato.

Come ben sappiamo qualcosa però non ha funzionato. Era stato stimato a priori che il tasso di riproduzione di base di questo virus potesse scendere sotto l'unità, e quindi ne venisse bloccata la circolazione, con una copertura vaccinale del 33,3%, pertanto sono stati ordinati vaccini per il 40% della popolazione italiana. Altri Paesi occidentali hanno acquistato un numero ben maggiore di vaccini, finanche per una copertura del 100%. Ad oggi su oltre 10.000.000 di dosi distribuite in Italia, meno di 900.000 sono state realmente somministrate. Dal punto di vista della Sanità pubblica si tratta di una disfatta.

Abbiamo avuto gli strumenti per agire e teoricamente arginare la circolazione dell'infezione, ma non sia-

mo stati in grado di farlo. Il fatto che la prima ondata pandemica sia stata blanda nella sua gravità (“solo” 220 vittime ufficialmente registrate in Italia fino al gennaio 2010 a fronte di oltre 4.200.000 casi) non può giustificare questa bassa *compliance*, se non in parte. Una serie di considerazioni vengono addotte oggi per giustificare il fenomeno.

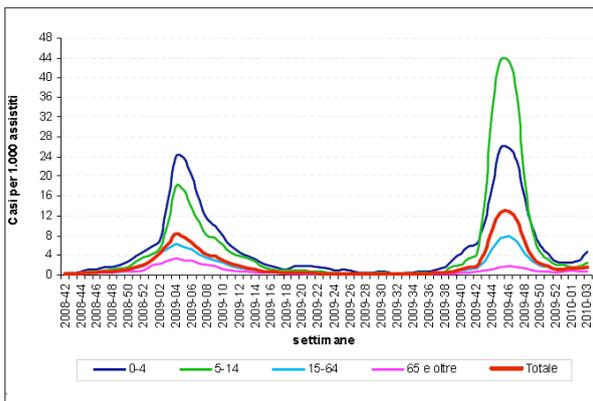
È infatti facile dire a posteriori “*si è trattato di una influenza blanda, era inutile vaccinare*”. Cosa sarebbe stato se il virus avesse mantenuto la stessa letalità osservata in Messico od anche solo quella pediatrica osservata negli USA? È vero che in Italia abbiamo riscontrato la più bassa letalità e incidenza di casi gravi, ma è anche vero che non è merito di nessuno e non era certo prevedibile che nelle sei settimane in cui è esplosa la pandemia incombesse sull’Italia un’alta pressione straordinaria per il mese di novembre, con temperature che ad esempio per la nostra provincia hanno oscillato attorno ai 24-26°C contro una media di 16-18 °C degli ultimi 30 anni. Fenomeno che certamente ha ridotto la possibilità di complicanze da superinfezioni batteriche. Peraltro, la pandemia non è ancora cessata e *dire che la pande-*

mia è falsa “vuol dire ignorare la storia recente, la scienza, e banalizzare la morte di oltre 14 mila persone nel mondo” – come ha recentemente ribadito Keiji Fukuda, consigliere speciale del Direttore generale dell’Oms per la pandemia influenzale, nel suo discorso preparato in vista della sessione del Consiglio d’Europa sulla gestione della pandemia.

Il contesto legislativo, politico e culturale.

Sappiamo che con la revisione del titolo V della Parte II della Costituzione, introdotta con Legge costituzionale n.1 del 1999, è stato avviato in Italia un percorso di federalismo che, per quanto concerne la sanità, vede le Regioni come centro decisionale e gestionale, riservandosi lo Stato le indicazioni delle linee di indirizzo. Il modello federale che ha tra gli obiettivi una maggiore “competitività” nel sistema al fine di ottimizzarne l’efficienza, rischia, se non perfettamente armonizzato, di creare ritardi nelle azioni da parte della periferia o addirittura che le azioni stesse vengano paralizzate. Per contrastare, vi è il rischio di ritorni di fiamma centralistici da parte dello Stato, alimentati da una interpretazione

assai semplificata della legittimazione a governare e dei poteri della maggioranza derivanti dai meccanismi della democrazia maggioritaria. Nel caso specifico di una pandemia, qualunque ritardo nell’esecuzione delle azioni risulta dele-



terio alla luce della velocità di circolazione dell'infezione. Come si può apprezzare dal grafico, rispetto la molteplicità di azioni che si sono in tempi successivi dovute intraprendere, appare evidente che un considerevole ritardo è andato inevitabilmente accumulandosi. Per quanto attiene al rischio di ritorni di fiamma centralistici, va invece osservato che nel caso della pandemia questi sono stati fintizi e non reali. Vale a dire, la popolazione, ormai abituata da circa una decina di anni ad un governo della sanità su base federale, ha percepito come un eccesso di intromissione e di informazione le quotidiane comunicazioni e direttive dello Stato centrale, pervenendo con autorevoli opinion leaders sui principali mass media addirittura ad insinuare motivazioni di interesse privato nella gestione del fenomeno.

Questo atteggiamento ha trovato una cassa di risonanza in quello straordinario mezzo di comunicazione che è *internet*, prestando spesso il fianco ad una deriva politica che coglieva l'occasione per screditare le azioni di governo. Va ribadito invece che per la pandemia le competenze sono attribuibili allo Stato. Sappiamo infatti che il Ministero della Salute è l'organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale, al quale sono attribuite le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti, fermo restando le competenze esclusive delle Regioni che le esercitano tramite le Aziende Sanitarie Locali. Al Ministero, pertanto, spettano i compiti in materia sanitaria di profilassi e raccordo con

le istituzioni internazionali ed europee nel campo della salute. Alle Regioni spetta l'attuazione degli indirizzi che il Ministero deve indicare.

Per quanto concerne la comunicazione non si può certo dire che questa abbia difettato in quantità. Certamente quella istituzionale è stata corretta, anche se non del tutto scevra da errori, ma a questa ha fatto eco una persistente campagna denigratoria, in particolare su internet, dove si è letto di tutto: interessi di politici per l'acquisto dei vaccini, degli antivirali e addirittura per la vendita delle uova necessarie alla coltivazione del virus; virus appositamente manipolato in laboratorio e fatto circolare nella popolazione dalle multinazionali per vendere i vaccini; sindrome del golfo associata all'adiuvante; malattie demielinizzanti associate all'uso del vaccino; l'effetto del mercurio; la pericolosità di vaccinare contro l'influenza stagionale in occasione della pandemia; ecc.

Questi argomenti assumevano talvolta risvolti volgari sui principali social networks. Il fenomeno peraltro non si è verificato solo nel nostro Paese, ma in Italia ha assunto dimensioni rilevanti. Ad ognuna di queste fatue illazioni veniva data puntuale risposta e scientifica controdeduzione sui siti delle organizzazioni sanitarie, ma le notizie ad effetto mediatico accessibili ormai a tutti hanno evidentemente più presa della scialba ed ovvia verità scientifica.

Dobbiamo ammettere che se il livello culturale medio, anche in campo sanitario, della popolazione dei Paesi occidentali è cresciuto a dismisura negli ultimi anni, altrettanto non si può dire del livello di coscienza sanitaria. Quel che deve far più riflettere è che molti colleghi,

che pure erano in prima linea per far fronte alla pandemia, hanno cavalcato per motivi diversi quest'onda di screditamento della vaccinazione non offrendo la vaccinazione e non vaccinando se stessi.

Con tutta probabilità, se le stesse conoscenze e strumenti che abbiamo avuto per l'A(H1N1)v li avessimo avuti al tempo della "Spagnola", dell'"Asiatica" o della "Hong Kong" avremmo potuto mitigare quelle pandemie e, per contro, se avessimo avuto oggi con le attuali conoscenze e strumenti il contesto socio-politico-economico che avevamo al tempo delle pregresse pandemie avremmo forse potuto mitigare questa.

Non ci resta che augurarci che questa pandemia non si comporti come le precedenti, le quali si sono ugualmente manifestate con un primo picco blando, al quale hanno poi però fatto seguito quelli successivi ad alta letalità.

Appare comunque opportuno riannalizzare il fenomeno Pandemia da A(H1N1)v sia dal punto di vista epi-

demilogico che da quello dei suoi contenuti comunicativi, in relazione al contesto sociale, culturale e politico al fine di comprendere i determinanti che sottendono l'atteggiamento di diffidenza verso le Istituzioni, che si è creato in particolare in Italia. Aspetti questi che hanno portato al fallimento della più grande occasione che la Sanità pubblica ha avuto dall'eradicazione del vaiolo ad oggi e che potrebbero in futuro ripercuotersi su altri grandi filoni della prevenzione che la Sanità pubblica ha in corso (altre vaccinazioni, prevenzioni infortuni, screening tumorali, ecc.), se non si prevede anche per la profilassi delle malattie deterministiche un approccio educativo che superi il modello paternalistico per pervenire ad un coinvolgimento attivo e partecipato del cittadino come unica alternativa a quello strumento obsoleto che è l'obbligo di legge.

Paolo Castiglia

*Ordinario d'Igiene
all'Università di Sassari*

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: Diploma di specializzazione, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

L'iniziativa è stata presentata a Sassari

Progetto odontoiatrico

“Il sorriso dei bambini”

Per il settanta per cento degli italiani, la poltrona dello studio odontoiatrico è ancora un miraggio: è quanto emerge dallo studio pubblicato dal quotidiano economico “Il Sole 24 Ore”. Un dato allarmante, se si pensa che le patologie della bocca hanno una forte correlazione con le malattie cardiovascolari, le complicanze ostetriche ed il diabete.

Eppure, come dimostra il Rapporto Censis del 2009, quasi la metà della popolazione del nostro Paese nell'ultimo anno ha rinunciato alle prestazioni sanitarie per motivi economici: troppo bassi i redditi degli

italiani, troppo alti i costi delle cure. Non va meglio la situazione in Sardegna, dove il 10 per cento degli abitanti – una delle percentuali più alte d'Italia – vive al di sotto della soglia di povertà alimentare, ed un'alimentazione scarsa e inadeguata inevitabilmente comporta conseguenze negative sulla salute orale.

A fronte di questa situazione, i componenti della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di Sassari hanno scelto di rimboccarsi le maniche ed uscire dal proprio studio per intercettare, con una capillare operazione di

*In tre anni
oltre 400
professionisti
visiteranno
gli alunni
degli istituti
di istruzione
primaria
delle province
di Sassari
e Tempio-Olbia*



IL SORRISO DEI BAMBINI

PROGETTO DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA

NELLE SCUOLE DELL'INFANZIA

ED ELEMENTARI



*Progetto promosso dall'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei
Medici e Odontoiatri di SS e OT
Sassari 23 Gennaio 2010
Sala Conferenze Camera di Commercio, Artigianato e
Industria*

I dentisti escono dal proprio studio per contribuire ad un piano di educazione e prevenzione Odontoiatrica



Il nostro obiettivo è sensibilizzare tutti i plessi scolastici, una popolazione di ben n°25.700 bambini distribuiti nelle città e paesi delle provincie di Sassari e Olbia-Tempio

screening, eventuali patologie o lesioni della bocca nel luogo che la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità considera il luogo privilegiato in cui svolgere prevenzione sanitaria ed evitare l'evolversi delle patologie: la scuola. È da qui, dai banchi scolastici, che nasce il progetto "Il sorriso dei bambini": l'iniziativa, snodandosi lungo un arco di tempo di tre anni, coinvolgerà le scuole primarie delle province di Sassari e Olbia-Tempio dove ai piccoli alunni, previa autorizzazione dei familiari, saranno proposte visite gratuite in sede scolastica o in locali messi a disposizione dalle amministrazioni comunali. A effettuare le visite saranno gli odontoiatri che, su base volontaria, solidaristica e gratuita, aderiranno all'iniziativa varata dall'Ordine.

Si tratta di un progetto pilota che si dovrebbe estendere a tutta la Sardegna, e che speriamo possa avere una diffusione nel resto d'Italia: gli odontoiatri del Nord Sardegna saranno i pionieri di un'operazione che coinvolgerà una *task force* medica di 433 professionisti – tanti sono gli iscritti all'Albo provinciale – e un bacino d'utenza di circa 25.700 bambini di età compresa fra i 4 e i 12 anni. L'iniziativa, presentata sabato 23 gennaio alla Camera di Commercio di Sassari, ha l'obiettivo di

garantire a tutti i cittadini, come ha sottolineato il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu in apertura del convegno, pari diritto di accesso alle cure sanitarie in un settore, come quello dell'odontoiatria, che il Sistema Sanitario Nazionale lascia quasi del tutto scoperto: «In Italia non esiste l'odontoiatria sociale – ha osservato il presidente Sussarellu – in quanto le cure dentarie e della bocca non sono incluse nei livelli essenziali di assistenza: da questa constatazione è nata la nostra volontà, come Ordine dei Medici, di supportare l'iniziativa della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri, che colma una lacuna e offre un servizio importante per la comunità, specie per le fasce socio-economiche disagiate, cogliendo in pieno lo spirito della professione medica».

«Sono le condizioni di vulnerabilità sociale e di svantaggio economico a limitare l'accesso alle cure odontoiatriche – ha spiegato il presidente della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri Pierluigi Delogu, guida e anima del progetto – sia perché scarsa è la sensibilità ai problemi di prevenzione e cura dei denti, sia per via degli elevati costi da sostenere presso le strutture private». Infatti – sono sempre i dati a dimostrare in maniera robusta l'urgenza del problema – ben il 22

Prevenzione odontoiatrica di 1° livello: Il fanciullo

Informazione capillare sulla corretta alimentazione per le puerpere e i sistemi di prevenzione (somministrazione di fluoro e ac. folico in gravidanza e pre concepimento)

Assistenza in età prescolare attraverso l'informazione mediata dai pediatri di base
Screening della popolazione infantile con progetti di visite attraverso le scuole a partire dai 4-5 aa fino ai 12 aa con cadenza biennale



Sulla base di queste proposte, l'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Sassari con la sua Commissione Albo degli Odontoiatri ha sviluppato un Progetto di prevenzione.

N° 433 iscritti all'Albo degli Odontoiatri di SS che su base volontaria e solidaristica svolgeranno una azione di educazione e screening odontoiatrico per tutti i bambini delle scuole primarie



per cento dei bambini italiani, quasi uno su quattro, presenta almeno una lesione cariosa dall'età di 4 anni, ed è una percentuale che cresce parallelamente all'età: sale al 36 per cento dei piccoli all'età di 6 anni per arrivare al 44 per cento dei bambini, quasi la metà, all'età di 12 anni (*Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. 10 Ottobre 2009*). Ciò significa che già in tenera età è in agguato il rischio di sviluppare patologie e lesioni che, se non diagnosticate e curate per tempo, continueranno a svilupparsi, generando più profondi danni e maggiori costi in termini sanitari ed economici.

Il progetto "Il sorriso dei bambini" prevede di abbattere queste cifre sia attraverso un'opera di prevenzione – che consiste nell'educazione alimentare e igienica – sia attraverso la dia-

gnosi precoce di eventuali anomalie, attraverso visite personalizzate in ambito scolastico. In sostanza, gli odontoiatri che aderiranno al progetto lanciato dall'Ordine dei Medici, "batteranno" il territorio delle province di Sassari e di Olbia-Tempio per svolgere un'azione di educazione e screening odontoiatrico destinata ai bambini che frequentano scuole materne ed elementari. «La nostra ambizione – ha commentato il Presidente dell'Ordine – è quella di riuscire ad arrivare in ogni paese, anche nelle comunità più piccole, in maniera capillare, così da non escludere nessuno e da offrire a tutti i bambini la possibilità di una visita». A ciascun professionista, come ha spiegato nel corso del convegno il dottor Antonio Pinna, componente della Commissione Odontoiatri, saranno affidate una o più scuole, secondo la prossimità geografica del suo studio o del domicilio, in cui

Eseguiamo uno screening odontoiatrico sulla popolazione infantile 4 - 10 aa



Il goal che ci prefiggiamo è il "sorriso dei bambini"





Il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu nel corso dei lavori del convegno per la prevenzione odontoiatrica "Il sorriso dei bambini"

effettuare le visite con cadenza periodica, compatibilmente con i propri impegni lavorativi. «Ai piccoli studenti, nel corso degli incontri, sarà mostrato un *file* didattico in formato digitale – ha evidenziato Alessandro Sechi, anche lui componente della Commissione Odontoiatri impegnato nel progetto - in cui sarà illustrata in maniera semplice e appetibile l'importanza di una corretta igiene orale, di una sana alimentazione e di una costante attenzione ai propri denti».

Successivamente, ciascuno studente verrà sottoposto a una visita personalizzata al termine della quale sarà rilasciato un talloncino in cui saranno riportati gli esiti del controllo. Nel caso in cui fossero riscontrate lesioni o patologie, i familiari potranno così decidere se e quando intervenire. Gli odontoiatri saranno anche disponibili per un colloquio personalizzato con i genitori dei piccoli.

«Necessario per il successo di questa operazione – ha spiegato Pierluigi Delogu – è il contributo di istituzioni ed enti che a diverso titolo sono coinvolti nel problema: le Aziende Sanitarie Locali, l'Università, l'Ufficio Scolastico Provinciale, le scuole, le amministrazioni locali e gli odontoiatri stessi. Che, a giudicare dalla partecipazione al convegno

di presentazione, hanno dato già una risposta entusiasta al progetto.

Presenti in sala numerosi medici, ma anche diversi rappresentanti delle istituzioni locali: in prima fila il Comune di Sassari, rappresentato dall'assessore ai servizi sociali Cecilia Sechi e dal collega con delega al patrimonio Francesco Scanu, l'assessore alla cultura del Comune di Alghero Francesco Carboni, i sindaci dei Comuni di Uri, Giovanni Biddau, e di Usini, Giuseppe Achenza, gli assessori ai servizi sociali dei Comuni di Sennori, Fabio Sassu, e Castelsardo, Salvatore Sussarellu.

Dai rappresentanti del mondo istituzionale è arrivato l'impegno a una attiva collaborazione al progetto. Ma è anche e soprattutto dalla scuola, coinvolta in prima persona nell'iniziativa, che è arrivato un segnale incoraggiante: «Noi siamo costretti a constatare sul campo – ha dichiarato Giuseppe Fara, rappresentante dell'Ufficio Scolastico Provinciale – che un'enorme quantità di studenti non accede mai alle cure sanitarie, comprese quelle odontoiatriche, e ciò riguarda in particolare le fasce più deboli dal punto di vista socio-economico. Da parte nostra – ha concluso Fara – abbiamo una forte volontà di partecipare al progetto, che è un'i-

niziativa importante per la promozione del benessere e della salute dei nostri studenti». Un'iniziativa che, ha concluso il Presidente della Commissione Odontoiatri Delogu, «vuole segnare un gol: il nostro gol è il sorriso dei bambini».

Scheda/Come fare per partecipare all'iniziativa

Gli odontoiatri interessati a partecipare al progetto "Il sorriso dei bambini" dovranno richiedere alla sede dell'Ordine dei Medici della Provincia di Sassari (via Cavour 71/B) la scheda di adesione relativa al progetto e restituirla alla segreteria debitamente compilata, specificando quali e quanti saranno i destinatari del proprio intervento. Sarà cura della Commissione Odontoiatri esaminare le adesioni pervenute e provvedere, tramite l'ufficio di segreteria, a comunicarlo ai dirigenti scolastici e ai sindaci dei comuni interessati.

Gli odontoiatri aderenti riceveranno quindi dalla segreteria dell'Ordine le schede relative alla richiesta di assenso dei genitori alla visita, le schede epidemiologiche e le lettere di accompagnamento al referto destinate ai familiari degli studenti. Il numero di copie di ciascun documento sarà corrispondente al numero di alunni da visitare. Sarà poi cura dei volontari prendere ulteriori contatti con dirigenti e docenti per stabilire tempi e luoghi per effettuare le visite, che avverranno sempre in orario scolastico.

Il controllo sanitario potrà essere coadiuvato dal proprio personale di studio, da igienisti collaboratori o, dove possibile, da assistenti sanitarie di Igiene pubblica della Asl. Saranno utilizzati guanti, specilli, specchietti

o altri presidi diagnostici di proprietà personale o acquisiti tramite finanziamenti da parte delle istituzioni che collaborano al progetto. L'esame sarà mirato alla visualizzazione della carie, alle anomalie di numero e forma, alle mancate eruzioni, alle disgnazie scheletriche e dentali.

Contestualmente alla visita, sarà compilata la scheda epidemiologica fornita dall'Ordine a firma dell'odontoiatra che ha effettuato la visita. La parte inferiore della scheda avrà un talloncino in cui sarà attestato lo stato di salute riscontrato: il talloncino sarà consegnato allo scolaro perché possa sottoporlo ai genitori e al proprio dentista di fiducia.

Gli originali saranno invece consegnati all'Ordine che, sulla base dei dati raccolti, in collaborazione con l'Università di Sassari produrrà un'elaborazione statistica dei dati.

Le visite scolastiche, a cui potranno partecipare anche i genitori, potranno essere integrate con brevi lezioni sull'igiene orale, le tecniche di spazzolamento ed esercitazioni pratiche.

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

lunedì – mercoledì –

venerdì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00

martedì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00 e dalle ore
15.00 alle ore 17.00

giovedì: dalle ore 11.00
alle ore 15.30

(orario continuato)

Il ritorno e le emozioni nella città dei ricordi

Rientro e mi guardo intorno: non mi pare quella città che ho lasciato 33 (trentatré, dico) anni orsono quando giovane laureato idoneo alla professione dopo aver sostenuto l'esame di Stato lasciai Sassari per seguire il mio sogno di fare il medico in ambito ospedaliero universitario.

La lasciai per seguire una traccia. Una traccia che poi segnò tutto il mio percorso professionale, che mi voleva essere internista gastroenterologo, endoscopista e fisiopatologo digestivo.

Un compromesso accettabile, visto che per motivi strani, e ricordarli può ingenerare pensieri inidonei, dovetti lasciare quella chirurgia che piano piano si stava insinuando nella mia mente e nel mio essere giovane medico.

Un compromesso, perché proprio uno degli aspetti pregnanti della mia specialità era quello dell'uso di strumenti parachirurgici, effettuando l'endoscopia che era in fin dei conti una sorta di appendice chirurgica di una specialità da poco giunta nell'alveo della medicina interna, non senza tensioni societarie in ambito scientifico.

Giunsi in quel di Parma, nell'autunno del 1976, vestito all'Humphrey Bogart, con un trench beige, leggero per quella città, ma appropriato come pesantezza per la mia Sassari.

Ed il primo pensiero all'arrivo

colà mi portò, fin da subito, alla mia città natale. Proprio per quel freddo che mi penetrava nelle ossa e mi costrinse, appena giuntovi sbarcando dalla nave in quel fine novembre, a conoscere uno dei negozi di abbigliamento meta preferita dei medici dell'ospedale, per munirmi di un cappotto pesante sicuramente più idoneo per quei climi rispetto all'indumento, bello ma leggero che indossavo.

Un clima che mi portò subito a pensare cosa facessi là, nella nebbia e nel freddo padano, abbandonando quel cielo stellato e chiaro della mia Sardegna, quel clima invidiabile e tanti cari amici e compagni d'Università.

Ma tant'è, molti di noi erano "delle promesse", della medicina o dell'ambito legale, o di altri settori in cui, mi è dato a sapere, alcuni si sono distinti, anche lontano dalla nostra isola.

Ma il richiamo per l'America ove mi sarei dovuto recare per approfondire le ricerche di farmacologia clinica applicata, in quel di Los Angeles, era troppo forte per sentire il freddo od avere rimpianti per aver lasciato la mia terra, anche se ora il suo richiamo, andando verso un'età matura, si fa sempre più forte ed intenso.

Il tempo è passato inesorabilmente. Ed oggi mi ritrovo a pensare.

A rivivere momenti lieti, soprattutto, in occasione del mio rientro nella

*A Sassari
dopo 33 anni:
gli amici
d'infanzia
ritrovati,
la città
pulsante
e viva*

mia città offertomi dall'invito del mio vecchio Ordine Professionale. Una città in cui sono nato, anche se magari sarei dovuto nascere in quel di Tempio, di cui è originaria tutta la mia famiglia.

L'occasione è stata dettata dall'invito fattomi dal mio compagno d'infanzia, di giochi, di sport, di scuola nonché d'università: quell'Uccio, amico caro, che oggi riveste la carica importante di presidente dell'Ordine di Sassari.

Un rientro, devo dire, segnato da un piacevole stupore crescente al mio percorrere in automobile la strada che da Alghero, ove ero arrivato in aereo, mi conduceva al centro di Sassari. In quei posti ed in quelle strade che tanto ho percorso, anche camminandovi, per anni nell'andare a scuola alla Media Numero Uno, o all'Azuni, o all'Università.

Percorrendo via Asproni, via Cagliari o Via Roma, era un balenar di immagini e di volti, molti dei quali visti e personificatisi in amici e col-

leghi nella mattina in cui si è tenuto il corso di aggiornamento. Cosa dire, dunque: innanzitutto, grazie. E da parte mia anche una gioia per essere rientrato nella sede di quell'Ordine ove feci il mio Giuramento d'Ippocrate alla presenza del professor Depperu, allora presidente dell'Ordine provinciale. Sono ormai passati molti anni da quel 1976, data della mia laurea e della mia abilitazione professionale. Una gioia nel rivedere Antonello, mio amico d'infanzia, e tanti altri che, per non dimenticarne alcuno, cito tutti come i miei cari amici.

Ma una gioia anche nel vedere abbellita una città che, come mi ricordavo, era trascurata e che oggi, invece, trovo ridente, pulsante, viva. Molto più viva e vitale di quanto mi aspettassi, in una dimensione che le è propria, inserita in quella isola che, non a torto, è da considerarsi ancor più che una Florida d'Europa. Almeno nel mio cuore.

Pierantonio Muzzetto

VARIAZIONE DI INDIRIZZO

Tutti gli iscritti, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del DPR n. 221/50, sono pregati di comunicare per iscritto alla segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione di residenza. Si comunica che nei casi previsti dalla normativa è possibile eleggere un domicilio speciale ai fini del recapito della corrispondenza dell'Ordine e degli altri vari enti (Enpam, FNOMCeO, Sardegna Riscossioni, Esatri).

Si ricorda agli iscritti che la comunicazione della variazione di indirizzo (residenza o domicilio speciale) all'Ordine è un obbligo previsto dalla legge, la violazione del quale comporta disguidi non soltanto all'Ente ma anche e in particolare agli interessati.

Fra paradosso e metafora

Considerazioni (un po' amare) su pensione, professione e sanità

L'otto gennaio 2008 ebbi a scrivere il seguente testo dal titolo "Mio cugino Fortunato va in pensione":

"Mio cugino Fortunato è nato il 31 dicembre 1950 e quindi, avendo compiuto i 57 anni di età ed avendo maturato i 35 anni di anzianità di servizio, va in pensione il 1 aprile 2008. Mio cugino è come dice il nome veramente "fortunato".

Infatti io sono nato il 1 gennaio 1951 – il giorno dopo – ed il mio destino di vita lavorativa è totalmente diverso dal suo, pur avendo un'anzianità di servizio superiore alla sua di un anno (36 anni, mentre lui ha un'anzianità di servizio di 35 anni): posso andare in pensione il 1 gennaio 2010!

Cioè 21 mesi dopo, cioè 640 giorni dopo. Insomma se nel gioco del Lotto un ambo fa vincere 250 volte la posta, nella legge 24 dicembre 2007 n. 247 "Norme di attuazione del Protocollo del 23 luglio 2007 su previdenza, lavoro e competitività per favorire l'equità e la crescita sostenibili, nonché ulteriori norme in materia di lavoro e previdenza sociale" un giorno ti fa perdere... 640 giorni. I tecnici che hanno messo a punto tale meccanismo ed i parlamentari che hanno votato la legge ricevono la gratitudine di mio cugino Fortunato ed invece il mio disappunto.

A conclusione, tra i miei vari cugini nessuno si chiama Fortunato e nessuno è nato il 31 dicembre 1950 e

però è vero che io – ahimé – sono nato dopo il 31 dicembre 1950."

Il 1 gennaio 2010 è giunto ed io da tale data sono in pensione dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Napoli 1 Centro: il 31 dicembre 2009 ho concluso dunque la mia carriera di dirigente medico di psichiatria nel servizio sanitario nazionale (SSN).

Resto comunque psichiatra e psicoterapeuta ed inoltre giornalista pubblicitario.

Sono stato uno dei tanti che ha profuso molte energie nell'esercitare le proprie competenze nel servizio pubblico: è stata una scelta di percorso professionale, che ha dato talune soddisfazioni e varie delusioni.

Il servizio sanitario nazionale è certamente una conquista del diritto civile alla tutela della salute personale e collettiva, che comunque necessita dell'implementazione dei molteplici fattori di qualità relativi ad efficacia, efficienza, appropriatezza, accessibilità, accettabilità, adeguatezza, continuità, sicurezza, soddisfazione del paziente e dell'operatore, compatibilità economica, comunicazione esterna ed interna.

Dunque per avere un accettabile standard delle prestazioni sanitarie, diffuso nell'intero servizio sanitario nazionale, occorre una convergenza e compenetrazione della qualità professionale dei sanitari e della qualità organizzativa delle strutture.

Obiettivo non sempre facilmente raggiungibile laddove si oscilla tra

*La storia
dell'inesistente
"mio cugino
Fortunato"
e gli insegnamenti
di un lungo
percorso
di lavoro*

“burocaticismo” e tentativi (a volte maldestri) di “aziendalizzazione”, il che molto spesso cristallizza situazioni in cui si lavora male e si spreca risorse, nonostante l’impegno degli operatori.

È dunque imperfetto e perfezionabile nello stesso tempo ed essendo stato anche io paziente ho potuto comunque usufruire dell’eccellenza assistenziale dell’intervento cardiocirurgico a cui sono stato sottoposto.

Il mio andare in pensione comunque non produce subentri, cioè nessun giovane collega prende il mio posto e questo mi dispiace. Nel servizio pubblico non esiste oramai fattuale turn-over.

Occorrerebbero più risorse (cioè 110 miliardi euro per il 2010 e 115 per il 2011), un Piano nazionale per l’ammodernamento e la messa in sicurezza delle strutture pubbliche (circa 15 miliardi in 10 anni), emanazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA), abrogazione della rottamazione dei medici, soluzioni per gli 8.200 precari, provvedimenti concreti su libera professione intramoenia, governo e rischio clinico, rivalutazione economica e professionale della dirigenza SSN, fine del condizionamento della politica sulla sanità.

Nel 2008 sono stati 8.364 gli studenti iscritti a medicina. Tolto il 25% che – in media – non arriva alla laurea, restano in 6.000 quelli che – tra alcuni lustri – entreranno a regime dopo la specializzazione. Nello stesso periodo andranno in pensione 15.000 medici.

La differenza tra 15 mila in uscita e 6 mila in entrata sarà la futura carenza di sanitari.

Nel 2009 hanno lavorato 343 mila professionisti tra i 30 e i 70 anni (età

media 49,8 anni) e se il tasso di iscrizione a Medicina rimanesse invariato (la media negli ultimi 10 anni è di circa 6.200 all’anno) in un futuro prossimo i medici scenderebbero del 10-20%, con una età media superiore ai 50 anni.

Nel frattempo si trascina il contenzioso sulla rottamazione dei medici, con l’obiettivo di tendere all’azzeramento degli effetti della norma legislativa che consente alle aziende ospedaliere e sanitarie di potere prepensionare unilateralmente ed obbligatoriamente i medici con 40 anni di contributi, compresi gli anni riscattati.

La possibilità della rottamazione dovrebbe invece essere condizionata all’adozione di provvedimenti regionali (da assumere con il confronto con le organizzazioni sindacali), che ne limitino il suo esercizio in determinate e specifiche situazioni.

Tra colleghi che se ne vogliono andare e che anche per poco non hanno maturato i requisiti (e rincorreranno la pensione) ed altri che avendo maturato i requisiti vogliono restare (e non venire rottamati essendo i più anziani) la mia scelta mi appare tanto tempestiva quanto opportuna.

Sono contento per me e mi dolgo nello stesso tempo delle difficoltà dei miei giovani colleghi a potere prendere il mio posto (quasi condannati ad un limbo professionale di precarietà).

Raggiungo nella pensione mio cugino Fortunato (che non ho), con il vissuto che la cosa più impegnativa della mia carriera è stato proprio riuscire ad andare in pensione!

Ho comunque imparato che la malattia va ridefinita ed affrontata come programma biologico di sopravvivenza per l’individuo e la spe-

cie; l'ammalato va perciò considerato un individuo completo di cognizioni, emozioni e corporeità, con un vissuto, un'educazione ed una storia specifici, in cui ogni momento della sua vita è determinato sia dall'interazione delle esperienze passate, sia dall'interazione con l'ambiente cir-

costante su cui agisce e da cui è influenzato. Solo tenendo conto di tutto ciò è possibile comprendere i meccanismi ed il significato dell'ammalarsi ed approntare quindi un'assistenza sanitaria a misura di individuo.

Maurizio Mottola

PAGAMENTO TASSA ANNUALE DI APPARTENENZA ALL'ORDINE ANNO 2010

Si ricorda agli iscritti che il Pagamento Tassa Annuale di appartenenza all'Ordine per l'anno 2010 è scaduta il 31.01.2010.

Il concessionario incaricato della riscossione è la società Equitalia Sardegna SpA che anche per l'anno 2010 ha utilizzato il sistema di consegna a mano degli avvisi bonari di pagamento.

L'avviso bonario è stato consegnato all'indirizzo di residenza o nei casi previsti al domicilio speciale eletto dall'iscritto.

Racconto dai villaggi nelle Filippine

Il Policlinico Sardegna nel “Diario di un medico missionario”

La vita della nostra associazione, nella quasi decennale attività di sostegno alle missioni di Madre Flora nelle Filippine (vedi sito internet www.associazionesolidarietasardaonlus.it), è stata recentemente arricchita da un ulteriore evento culturale: la presentazione del libro, “Diario di un medico missionario”, per le edizioni La Collina, di padre Amelio Troietto, dell’ Ordine dei Camilliani.

La manifestazione è stata organizzata tra il 20 e 23 novembre 2009 in diverse città della Sardegna, a partire da Cagliari e proseguendo a Bosa, Nuoro, Olbia e Sassari.

Oltre all’ autore e a madre Flora, e naturalmente ai soci dell’ Associazione Solidarietà Sarda onlus, sono intervenute autorità politiche e amministrative regionali e locali, rappresentanti della comunità medico-scientifica (in primo luogo i presidenti degli Ordini dei medici di Cagliari e Sassari), del mondo della cultura, della scuola, del volontariato, dei mezzi di informazione. Nelle diverse città qualificati e apprezzati interventi, davanti ad uditori numerosi, attenti e interessati, hanno dato lustro all’ evento.

Ad un primo approccio sembra che il libro abbia avuto un’ accoglienza favorevole da parte del pubblico, non solo per il suo elevato valore simbolico ma anche, presumibilmente, per i suoi risvolti più sostanziali, venendo inteso come un mezzo, sem-

plice ed immediato, di partecipazione, sia pure estemporanea, ad un progetto di solidarietà.

Ci è gradito a questo punto, pur non essendo critici letterari, ma semplici lettori, esprimere un giudizio sul libro e sul suo autore, partendo da una premessa per spiegare come è nato il progetto. Tra i soci della nostra associazione, man mano che arrivavano in sede per e-mail le note di padre Amelio, è maturata l’ idea di trasformare il suo “diario” in un libro, giusto per ricompensare spiritualmente la sua fatica, senza pensare in un primo momento a future possibilità di “lucro” per contribuire ulteriormente al finanziamento dell’ attività di padre Amelio nel Policlinico Sardegna. Ci ha colpito, oltre alla puntuale descrizione degli interventi sanitari operati giorno dopo giorno



Il libro del medico missionario

*L’ esperienza
di Amelio Troietto,
padre camilliano:
una vita
fra assistenza
e solidarietà*



Padre Amelio Troietto

da padre Amelio – interventi che hanno mostrato quanto ampia, variegata e spesso drammatica sia la casistica delle patologie lì presenti – la narrazione di situazioni e fatti di carattere generale, personali e non, la presenza di acute osservazioni, che, interrompendo qua e là il susseguirsi di annotazioni tecniche, a prima vista un po' noiose ai non addetti ai lavori, rendono la trattazione più interessante e la lettura certamente più piacevole.

Pensiamo ai frequenti riferimenti a situazioni ed avvenimenti locali che ci presentano, quasi visivamente, uno spaccato significativo della vita in quei villaggi sperduti e abbandonati, ai disastrosi eventi derivanti dai periodici, drammatici fenomeni meteorologici, o ai disagi negli spostamenti, spesso avventurosi, da una località all'altra.

Pensiamo anche alle considerazioni pratiche, talvolta ironiche o divertenti, altre volte decisamente pungenti, o alle riflessioni squisitamente filosofiche.

Il tutto in uno stile sobrio, asciutto, diretto, quasi telegrafico, ma molto efficace.

Una volta che la proposta di trasformare il diario in un libro è stata accettata da padre Amelio, è iniziata l'avventura che ha impegnato non

poco sia lui che i proponenti, fino alla nascita del libro, che ha conservato l'impostazione complessiva del diario, con solo poche e necessarie modifiche, la più importante delle quali ha riguardato, per ovvii motivi, i nomi delle persone che si susseguono nel diario.

Che dire, infine, di padre Amelio? In senso cronologico è prima religioso (laurea in Teologia nel 1976) e poi medico-chirurgo (dal 1986), ma noi preferiamo considerarlo invece prima medico e poi religioso, anche perché siamo certi che, anche da semplice laico, avrebbe fatto esattamente le stesse cose.

La storia di quest'uomo e la figura che emerge dal suo diario ci fanno dire che siamo di fronte ad una persona straordinaria, dotata di profonda cultura e di capacità professionali eccezionali, con competenze medico-chirurgiche plurispecialistiche ed una voglia intensa di continuare ad imparare, nonostante l'età non più giovanissima, un infaticabile lavoratore (fa anche il tecnico, il giardiniere, l'autista, e altro ancora).

È vero che dorme poco, ma dove trova il tempo per occuparsi di tutto? Che ci sia lo zampino di qualcuno, che ha programmato solo per lui un numero maggiore di ore rispetto a quelle che costituiscono il giorno dei comuni mortali?

Come se non bastasse, legge molti libri e si documenta continuamente via internet su tutto quanto succede nel mondo.

Un gigante. Che fa onore alla categoria dei medici, alla comunità ecclesiastica, all'umanità.

Corrado Lo Monaco
*Associazione Solidarietà
 Sarda Onlus*

SICUREZZA DEI PAZIENTI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

RIAPERTI I TERMINI PER PARTECIPARE AL CORSO SICURE

www.fnomceo.it

A partire dal **1 febbraio** e fino al **31 marzo 2010** i medici e gli odontoiatri i cui nominativi, per motivi tecnici, non sono risultati negli elenchi dei partecipanti con esito positivo al *Corso FAD – blended SICURE su “ Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico”*, hanno la possibilità di inviare nuovamente la relativa documentazione

Pertanto:

I COLLEGHI CHE HANNO SEGUITO IL CORSO SICURE SUL VOLUME, inviato dalla Federazione degli Ordini e trasmesso il test di valutazione per fax possono :

- re-inviare alla FNOMCeO (fax **06 36001796 - 06 3225818 – 06 3222794**) (indirizzo postale : *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – P.zza Cola di Rienzo 80/A 00192 Roma*) la propria scheda di valutazione unitamente alla copia della ricevuta del fax trasmesso dalla quale risulti la partecipazione al corso entro i termini previsti (**dicembre 2008**).
- coloro i quali non avessero più a disposizione il test di valutazione potranno richiederne uno nuovo alla Federazione degli Ordini e ri-spedirlo compilato unitamente ad una autocertificazione attestante la già avvenuta partecipazione al corso (specificando la data di invio del fax).

I COLLEGHI CHE HANNO SEGUITO CORSO ON-LINE possono inoltrare alla Federazione una dichiarazione dell'avvenuta partecipazione con esito positivo al Corso, **completa dei propri dati anagrafici** (nome, cognome, C.F. , Ordine di appartenenza con relativo n° di iscrizione), specificando la propria **username** di registrazione al Corso ed allegando, se disponibile, la stampa della “schermata” finale (comunicazione di esito positivo). Ulteriori informazioni potranno essere richieste al numero **06. 36000893** – dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 15.00

Si ricorda che per un eventuale “refresh” sulle tematiche del Corso è possibile scaricare il testo del volume su “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico” dal sito web della FNOMCeO.

A cura della Redazione FNOMCeO Web

A Salvatore Delogu subentra Gigi Solinas

Il nuovo comitato direttivo della Federspev provinciale

Nelle scorse settimane si è svolta, a Sassari, nell'aula delle conferenze dell'Ordine dei Medici, l'assemblea dei soci della locale sezione provinciale della FEDERSPEV. Ha presieduto la riunione il presidente uscente Salvatore Delogu, coadiuvato dalla tesoriera Adamina Cusino Lai.

L'assemblea ha preso atto dell'impossibilità, per ragioni di salute, dei soci Ave Campus, Dino Lumbau e Piero Mameli di far parte attiva del comitato direttivo. Dopo averli ringraziati della collaborazione sinora prestata, ha proceduto alla nomina all'unanimità del nuovo comitato di-

rettivo provinciale, che risulta così composto: presidente: Gigi Solinas; vice-presidente: Tonino Rocca; segretario: Giambattista Tola; tesoriere: Adamina Cusino Lai; consiglieri: Lucilla Porcellana Mocchi, Filomena Tanda, Marisa Viale e Rita Virdis; revisori dei conti: Giovanna Mulas, Rita Sechi e Rosa Usai; revisore supplente: Salvatore Delogu.

Il dottor Solinas, a conclusione della seduta, ha ringraziato l'assemblea dell'unanime fiducia accordatagli e, fiducioso della collaborazione del direttivo neo-eletto e dei soci, ha assicurato tutto il suo impegno per una forte ripresa dell'attività della sezione.

ENPAM - Accertamenti contributivi

Su iniziativa del presidente dell'Enpam, il 14 gennaio in un clima di cordiale collaborazione, si è tenuta una riunione tecnica presso l'INPS al fine di chiarire la posizione dei medici pensionati di recente destinatari di un accertamento contributivo da parte dell'istituto..

In tale sede i rappresentanti dell'INPS, preso atto delle argomentazioni rappresentate dalla Fondazione, hanno convenuto di poter annullare l'iscrizione alla Gestione Separata dei medici che hanno già assoggettato i propri redditi professionali a contribuzione presso l'Enpam, ovvero di quelli a suo tempo

esonerati dall'iscrizione alla gestione, ai sensi della normativa di riferimento.

L'INPS ha, altresì aderito a richiesta dell'Enpam, di sospendere la procedura di accertamento nei confronti dei medici pensionati che hanno esercitato, ai sensi della delibera Enpam n. 46/2009, l'opzione per la conservazione dell'iscrizione all'ente, in attesa di acquisire il favorevole avviso del ministero del lavoro per procedere al definitivo annullamento degli accertamenti posti in essere.

In tale senso l'Istituto si è impegnato ad emanare un apposito messaggio alle proprie sedi periferiche.

Rinnovata la presidenza e impostato il programma per la ripresa dell'attività

Osservazioni sulla “Legge Brunetta”

Le assenze brevi: la certificazione per i pubblici dipendenti

Il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, è intervenuto nel dibattito sulle problematiche poste dalla “legge Brunetta”, nella parte riguardante la certificazione delle assenze brevi per i pubblici dipendenti.

Bianco si è rammaricato che sulle questioni poste dalla certificazione delle assenze per i pubblici dipendenti, anche Cittadinanzattiva non abbia colto il senso del nostro profondo disagio rispetto ad alcune norme allo scopo previste dal ministro Brunetta.

Non è, infatti, in discussione la disponibilità dei medici a favorire lo sviluppo della certificazione *on line* delle assenze per malattia. Rileviamo, invece, con forza, l’ingestibilità tecnico-professionale, medico-legale e deontologica di quegli aspetti della legge che riguardano la certificazione delle assenze brevi – notoriamente in gran parte rilasciate sulla base di sintomi soggettivi riferiti dal lavoratore e non di “*dati clinici direttamente riscontrati e/o oggettivamente documentati*” – a cui si fa corrispondere peraltro un poderoso e muscolare apparato sanzionatorio per gli eventuali profili di inadempienza (licenziamento e carcere).

In questo contesto, lo stesso richiamo letterale della “legge Brunetta” al dispositivo dell’art. 24 del nostro Codice Deontologico, in materia di certificazione, appare del tut-

to improprio, laddove riconduce forzatamente quei principi generali ad una fattispecie molto particolare e delicata (le certificazioni di disturbi soggettivi!), che richiedono invece una attenzione e articolazione diverse della norma. Queste considerazioni, peraltro ripetutamente e inutilmente poste alla attenzione del legislatore, intendano salvaguardare un bene prezioso e comune: la promozione della efficacia e della efficienza delle pubbliche amministrazioni, all’interno di una più forte e articolata rete fiduciaria fra cittadini, medici e istituzioni pubbliche.

Incontro con l’INPS

A metà gennaio il presidente della FNOMCeO ha incontrato con una delegazione del Comitato Centrale, il direttore generale dell’INPS, relativamente alle problematiche connesse con le certificazioni mediche.

In primo luogo sono stati presi in considerazione i problemi relativi alla certificazione telematica per l’invalidità civile.

Sono state evidenziate, in particolare, le difficoltà connesse con l’assegnazione dei PIN di accesso, che vengono consegnati ai medici solo recandosi personalmente presso le sedi dell’Istituto, che ha escluso, per ragioni di sicurezza, la possibilità di inviarli per raccomandata.

È stata anche segnalata l’opportunità, valutata con interesse dal-

*Il presidente
Amedeo Bianco
chiede
al governo
di ascoltare
i medici*

l'Istituto stesso, di procedere alla consegna dei PIN presso i Distretti Sanitari delle ASL, procedura per la quale l'INPS dovrebbe attivarsi per il tramite delle proprie sedi regionali e provinciali.

Sono state inoltre rappresentate numerose anomalie sotto il profilo tecnico, tra cui: il mancato funzionamento con alcuni browser internet, le interruzioni di funzionamento delle procedure d'invio, l'inappropriatezza dell'utilizzo delle codifiche ICD9, difficilmente adattabili alla valutazione degli esiti, e di molte situazioni di gestione della cronicità, indicando la necessità di un confronto su altri sistemi di codifica.

La lentezza delle procedure di invio, inoltre, consiglierebbe l'introduzione di una modalità di funzionamento asincrono.

Sulla base di queste ed altre difficoltà, si è ottenuta dall'Istituto la conferma del mantenimento temporaneo di una doppia via di certificazione, mantenendo quindi provvisoriamente anche la modalità cartacea, su modello INPS o su modelli conformi, anche integrabili nei software gestionali degli studi medici. In prospettiva futura, si è convenuto che le procedure di certificazione telematica dovranno essere pienamente integrate nei software gestionali di studio e che, nelle Regioni dotate di sistemi informatici complessi – come la Lombardia e l'Emilia Romagna – dovrà essere previsto l'accesso ad un unico ambiente informatico.

La delegazione FNOMCeO ha inoltre manifestato, con forza, la propria preoccupazione per la nuova normativa sulla certificazione di malattia per i pubblici dipendenti, così come già espresso nelle comunicazioni inviate ai Ministeri competenti.

Il direttore generale dell'INPS, comprese e recepite le problematiche segnalate dalla FNOMCeO, ha palesato la propria volontà di interessamento al problema, nel momento in cui l'istituto verrà coinvolto in tale attività, ed ha altresì chiesto la collaborazione degli Ordini per iniziative di informazione rivolte ai medici sulle nuove disposizioni e normative. La Federazione, dal canto suo, si è dichiarata certa del fatto che gli OMCeO non faranno mancare la propria collaborazione istituzionale, secondo le modalità localmente ritenute più opportune.

Pertanto, nei prossimi giorni, le direzioni provinciali INPS contatteranno gli Ordini Provinciali per concordare strategie collaborative di informazione e comunicazione.

Si spera che il rapporto instaurato con la Direzione Generale dell'istituto consenta, insieme agli altri interventi istituzionali posti in essere, di affrontare in modo utile le gravi criticità connesse con le nuove normative inerenti le certificazioni di malattia.

Le modalità di verifica delle esenzioni per reddito

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 302 del 30 dicembre 2009 è stato pubblicato il decreto 11 dicembre 2009 recante "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria".

Con il decreto indicato in oggetto si intende potenziare i procedimenti di verifica delle esenzioni in base al reddito dalla partecipazione del citta-

dino alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN). A tal fine sono individuate le modalità con le quali entro il 15 marzo di ogni anno l'Agenzia delle entrate, il Ministero del lavoro, della salute, delle politiche sociali e l'INPS mettono a disposizione del Servizio sanitario nazionale, tramite il sistema della tessera sanitaria, le informazioni utili a consentire la verifica della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito del cittadino in base ai livelli di reddito di cui all'art. 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni ed integrazioni, individuando l'ultimo reddito complessivo del nucleo familiare, in quanto disponibile al sistema informativo dell'anagrafe tributaria. Con il provvedimento ad ogni assistito con reddito non superiore a 36.151,98 viene assegnato un codice di esenzione da riportare nella tessera sanitaria e da comunicare col sistema informatico ai medici prescrittori del Servizio sanitario nazionale e alle Aziende Sanitarie Locali.

Ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta che non dispongono delle funzionalità e della piena disponibilità del sistema informatico tale codice viene comunicato dall'Azienda sanitaria locale di competenza su supporto cartaceo o magnetico, secondo le modalità idonee a garantire il rispetto della riservatezza e tutela dei dati.

All'atto della prescrizione su ricettario del Servizio sanitario nazionale di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale il medico prescrittore, su richiesta dell'assistito, rileva l'eventuale codice di esenzione, lo comunica all'interessato e lo riporta sulla ricetta, provvedendo in alternativa ad annullare con un segno

la casella contrassegnata dalla lettera «N» presente sulla ricetta. Il codice va trascritto sulla ricetta anche in caso di certificato provvisorio nominativo di esenzione rilasciato dall'Azienda sanitaria locale su richiesta motivata.

Il provvedimento è entrato in vigore il 14 gennaio 2010 e prevede all'art. 2 specifici accordi da stipularsi tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e le singole regioni per il trasferimento delle informazioni, prevedendo anche le modalità di comunicazione agli assistiti di quanto disciplinato dal decreto.

Al fine di consentire un esame più approfondito del provvedimento è possibile consultarne copia sul sito www.fnomceo.it al canale Gazzetta Ufficiale.

Professione intramuraria

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 302, del 30 dicembre 2009, è stato pubblicato il decreto-legge 30 dicembre 2009, n. 194 recante "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative" che all'art. 6, comma 1, apporta modifiche all'artA, comma 2, della L. 120107 recante "Disposizioni in materia di attività-libero professionale intramuraria", prevedendo la proroga al 31 gennaio 2011 dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.

Il provvedimento in vigore dal 30 dicembre 2009 dovrà essere convertito in legge entro 60 giorni dalla sua pubblicazione. È possibile consultare copia dello stesso sul sito www.fnomceo.it al canale Gazzetta Ufficiale.

Le prove attitudinali per la professione di odontoiatra

Estato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - 4^a Serie Speciale - Concorsi, il decreto interministeriale concernente la prova attitudinale prevista dall'art. 1, commi 1 e 3, del decreto legislativo 13 ottobre 1998, n. 386, recante disposizioni in materia di esercizio della professione di odontoiatra, in attuazione dell'art. 4 della legge 24 aprile 1998, n. 128.

Il Ministero della Salute chiede agli Ordini di dare la più ampia pubblicizzazione al provvedimento in questione, al fine di consentire agli aventi diritto di presentare istanza di partecipazione alla prova attitudinale nei termini previsti dall'art. 2, co. 3 del decreto stesso.

Com'è noto, la riapertura delle prove attitudinali deriva dalla sentenza del Consiglio di Stato del 29 maggio 2008 n. 2556, che, con decisione del 2 ottobre 2009, n. 5983, ha ordinato al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nonché, per quanto di competenza, al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica di provvedere, entro 60 giorni dalla notificazione o dalla comunicazione della menzionata decisione n. 5983, all'adozione di tutti gli atti necessari per indire una nuova prova attitudinale.

Tale riapertura deriva, dunque, dalla necessaria ottemperanza ad una decisione giurisdizionale.

La domanda di partecipazione dovrà essere inoltrata agli Ordini

entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto sulla Gazzetta Ufficiale e, quindi, entro il **13 marzo 2010**.

La Federazione, in tempi brevi, stabilirà l'ammontare della quota che deve essere oggetto di versamento sul conto corrente postale n. 177-05021 intestato alla FNOMCeO (v. art. 8 del decreto di cui trattasi).

La ricevuta del versamento deve essere allegata alla domanda di partecipazione alla prova attitudinale.

La Federazione si riserva di comunicare le ulteriori necessarie informazioni per il corretto svolgimento, da parte degli Ordini, delle procedure concernenti la prova attitudinale.

Il testo del decreto

Il viceministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il ministro dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca

Vista la legge 24 aprile 1998, n. 128, ed in particolare l'art. 4 concernente la delega per l'esecuzione delle sentenze della Corte di Giustizia della Comunità Europea;

Visto il decreto legislativo 13 ottobre 1998, n. 386, concernente disposizioni in materia di esercizio della professione di odontoiatra, in attuazione dell'art. 4, della legge 24 aprile 1998, n. 128;

Visto l'art. 1, comma 1, del richiamato decreto legislativo n. 386 del 1998, che stabilisce che i laureati in

*Le modalità
di partecipazione:
le domande
devono essere
inoltrate
agli Ordini
entro
il 13 marzo*

medicina e chirurgia immatricolati al relativo corso di laurea negli anni accademici 1980-1981, 1981-1982, 1982-1983, 1983-1984 e 1984-1985, in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, possono iscriversi all'albo degli odontoiatri previo superamento di una prova attitudinale ripetibile una volta;

Visto il comma 2, dell'art. 1, del sopra citato decreto legislativo n. 386 del 1998, che stabilisce che la prova attitudinale consiste nella valutazione del curriculum accademico e professionale e delle conoscenze teorico-pratiche degli interessati, al fine di verificare il possesso, da parte degli stessi, delle competenze e conoscenze indicate alle lettere a), b), c), d), e) del medesimo comma ;

Visto altresì l'art. 1, comma 3, del citato decreto legislativo n. 386 del 1998, che prevede che con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, è disciplinata l'organizzazione della prova attitudinale di cui al comma 2;

Visto il decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, in data 19 aprile 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4^a serie speciale - n. 47 del 16 giugno 2000, recante: «Procedura concernente la prova attitudinale prevista dall'art. 1, commi 1 e 3, del decreto legislativo 13 ottobre 1998, n. 386 per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri»;

Visto il decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scienti-

fica e tecnologica, in data 18 settembre 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4^a serie speciale - n. 74 del 22 settembre 2000, concernente: «Proroga del termine per la partecipazione alla prova attitudinale ai fini dell'iscrizione all'albo degli odontoiatri»;

Visto il decreto del Ministro della sanità, di concerto con il

Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, in data 6 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4^a serie speciale - n. 79 del 5 ottobre 2001, recante: «Modifiche del decreto ministeriale concernente la procedura per la prova attitudinale prevista dall'art. 1, commi 1 e 3, del decreto legislativo 13 ottobre 1998, n. 386 per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri»;

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, in data 6 dicembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4^a serie speciale - n. 5 del 18 gennaio 2002, concernente: «Integrazioni al decreto ministeriale 6 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4^a serie speciale - n. 79 del 5 ottobre 2001, riguardante Modifiche del decreto ministeriale concernente la procedura per la prova attitudinale prevista dall'art. 1, commi 1 e 3, del decreto legislativo 13 ottobre 1998, n. 386 per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri»;

Vista la direttiva 2005/36/CE, del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, ed in particolare l'art. 37, comma 2, concernente il riconoscimento dei titoli di formazione in

medicina rilasciati in Italia a chi ha iniziato la formazione universitaria in medicina dopo il 28 gennaio 1980 e prima del 31 dicembre 1984;

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, recante «Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 261 del 9 novembre 2007 - Suppl. Ordinario n. 228, ed in particolare l'art. 43, comma 5, di recepimento del suddetto art. 37 della direttiva 2005/36/CE;

Vista la sentenza del Consiglio di Stato, sezione sesta, del 29 maggio 2008, n. 2556, che ha stabilito la reiterabilità della prova attitudinale di cui al decreto legislativo n. 386 del 1998;

Considerato che il Consiglio di Stato, sezione sesta, in sede di giudizio di ottemperanza della predetta sentenza del 29 maggio 2008, n. 2556, con la decisione del 2 ottobre 2009, n. 5983, ha ordinato al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, nonché, per quanto di competenza, al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di provvedere, entro 60 giorni dalla notificazione o dalla comunicazione della menzionata decisione n. 5983, all'adozione di tutti gli atti necessari per indire una nuova prova attitudinale;

Ritenuto di dare esecuzione a quanto disposto dal Consiglio di Stato con la citata decisione del 2 ottobre 2009, n. 5983;

Art. 1

Decreta:

Indizione della prova attitudinale

È indetta, a favore degli aventi diritto di cui all'art. 1, comma 1, del citato decreto legislativo n. 386 del 1998, la prova attitudinale di cui al comma 2 del medesimo articolo, che si svolge secondo le modalità di seguito indicate.

Art. 2

Domanda e termine di presentazione

1. I laureati in medicina e chirurgia, immatricolati al relativo corso di laurea presso università italiane negli anni accademici 1980-1981, 1981-1982, 1982-1983, 1983-1984 e 1984-1985, in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, che intendono sostenere la prova attitudinale di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo n. 386 del 1998 ai fini dell'iscrizione all'albo degli odontoiatri, devono presentare domanda di partecipazione alla prova all'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri presso il quale sono iscritti. I predetti medici, se iscritti ad un corrispondente albo di uno dei Paesi dell'Unione europea, devono presentare domanda all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Roma.
2. La domanda, in carta semplice, deve essere spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, oppure presentata direttamente all'Ordine competente, che provvede a rilasciare apposita ricevuta. In caso di spedizione, sulla busta contenente la domanda deve essere specificato: «Domanda di am-

- missione alla prova attitudinale per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri».
3. Il termine per la presentazione della domanda è di sessanta giorni a decorrere dal giorno successivo a quello della pubblicazione del presente decreto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.
 4. La domanda di ammissione alla prova si considera prodotta in tempo utile se presentata, o spedita a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, entro il termine indicato al comma 3 del presente articolo. A tal fine, fa fede, rispettivamente, la data indicata nella ricevuta di cui al comma 2, o il timbro a data dell'ufficio postale accettante.
 5. Sono esclusi dalla prova attitudinale coloro che abbiano presentato o spedito la domanda oltre il suindicato termine di scadenza.
 6. I candidati, oltre alle generalità (cognome, nome, data e luogo di nascita) devono dichiarare sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 del presente decreto.
 7. La domanda deve contenere l'indicazione della residenza, nonché del domicilio o recapito presso il quale si desidera ricevere eventuali comunicazioni. Il candidato ha l'obbligo di comunicare all'Ordine provinciale, presso il quale ha presentato la domanda, le eventuali variazioni.
 - a) cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
 - b) laurea in medicina e chirurgia conseguita in Italia, a seguito di immatricolazione al relativo corso di laurea presso un'università italiana negli anni accademici 1980-1981, 1981-1982, 1982-1983, 1983, 1984 e 1984, 1985;
 - c) abilitazione all'esercizio professionale;
 - d) iscrizione all'albo professionale di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri italiani, ovvero iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione europea.
 2. La valutazione dei titoli e dei requisiti ai fini dell'ammissione alla prova attitudinale è effettuata dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri che riceve la domanda.
 3. Avverso il diniego di ammissione è ammesso ricorso al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, via Giorgio Ribotta, n. 5 - 00144 Roma; il ricorso deve essere presentato entro il termine di trenta giorni dalla comunicazione della avvenuta esclusione dalla prova da parte dell'Ordine provinciale competente.

Art. 4

Documentazione

1. Alla domanda di partecipazione alla prova attitudinale, i concorrenti devono allegare le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti di cui all'art. 3 del presente decreto. I titoli devono essere prodotti in originale o in copia autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Art. 3

Requisiti di ammissione

1. Per la partecipazione alla prova attitudinale di cui al decreto legislativo n. 386 del 1998, è necessario il possesso dei seguenti requisiti:

2. Alla domanda di partecipazione alla prova attitudinale, deve essere allegata la ricevuta di versamento del pagamento delle spese di cui all'art 8, comma 2.

Art. 5

Svolgimento della prova attitudinale

1. La prova attitudinale è diretta ad assicurare il possesso, da parte degli interessati, delle conoscenze e competenze previste dall'art. 1, comma 2, lettere a), b), c), d), e) del decreto legislativo n. 386 del 1998, e consiste in un corso di formazione che si conclude con una verifica finale.

2. Il corso di cui al comma 1 del presente articolo si svolge presso le Facoltà di medicina e chirurgia individuate con provvedimento del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

3. Al fine di garantire l'uniformità della prova su tutto il territorio nazionale, le Facoltà individuate concordano preventivamente l'organizzazione, la programmazione e i contenuti della formazione.

4. Nelle Facoltà di cui al comma 2 del presente articolo, è individuato il responsabile di sede del corso, che assume anche le funzioni di responsabile scientifico-culturale, ed è nominato dal preside della facoltà su proposta della Federazione nazionale dei medici e degli odontoiatri. Il responsabile di sede informa circa l'andamento del corso stesso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

5. Il corso è a frequenza obbligatoria; sono ammesse assenze per malattie o per gravi motivi familiari,

opportunamente documentate, per un massimo di ore corrispondente al 20% del totale.

6. Il corso prevede un minimo di trecentosessanta ore, di cui centottanta di teoria e centottanta di pratica. L'attività didattico-formativa, di tipo teorico-pratico, si sviluppa secondo moduli di non meno di quindici ore fino ad un massimo di trentasei, con non più di cento partecipanti. Per ogni modulo è individuato, da parte del responsabile di sede, il coordinatore del modulo stesso.

7. Ogni modulo, di cui al comma 6 del presente articolo, si conclude con la valutazione dei risultati effettuata dal coordinatore del modulo. Il partecipante che non ottiene la valutazione è tenuto a seguire nuovamente il modulo ed ottenere la relativa valutazione.

8. Tenuto conto di quanto previsto dal comma 1 del presente articolo, il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca comunica, entro trenta giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, alla Facoltà di cui al comma 2 del presente articolo, le modalità organizzative per l'attuazione del corso.

9. Le attività didattico-formative del corso afferiscono alle seguenti aree disciplinari:

anatomia stomatologica;
 clinica odontostomatologica;
 radiodiagnostica odontoiatrica;
 farmacologia odontoiatrica;
 terapia odontoiatrica
 su pazienti disabili;
 anesthesiologia - anestesia
 e sedativi usati in odontoiatria;
 patologia speciale
 odontoiatrica;

odontoiatria conservativa;
 endodonzia;
 chirurgia speciale;
 pedodonzia;
 ortodonzia;
 paradontologia;
 protesi dentaria;
 materiali dentari;
 organizzazione professionale,
 deontologica e legislazione;
 aspetti sociali della prassi
 odontologica.

Art. 6 Valutazione finale

1. La prova attitudinale si conclude con una valutazione finale, che si svolge presso la facoltà sede del corso.

Essa consiste nella presentazione e discussione relativa alla soluzione di un caso clinico e in un colloquio su elementi di deontologia professionale da parte di ciascun candidato.

2. I candidati che non abbiano superato la valutazione finale sono ammessi, su domanda avanzata all'ordine dei medici e chirurghi presso cui sono iscritti, a ripetere la prova finale stessa una sola volta e presso la medesima facoltà.

3. Ai candidati che hanno superato con esito positivo la valutazione finale è rilasciato un attestato di idoneità conforme al modello allegato al presente decreto.

Art. 7 Commissione di valutazione

1. Ai fini dello svolgimento della valutazione finale di cui all'art. 6 del presente decreto, con provvedimento del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, è istituita apposita Commissione composta da un rappre-

sentante del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con funzione di presidente, da un rappresentante del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, da due rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri iscritti all'albo degli odontoiatri, da due dirigenti odontoiatri del Servizio sanitario nazionale e dal responsabile di sede del corso. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dei ruoli del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali o del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

2. Per ogni componente titolare è nominato un supplente che subentra in caso di assenza o impedimento del titolare.

3. Ai componenti della Commissione di cui al comma 1 spetta il rimborso delle spese di viaggio ed il trattamento economico di missione spettante ai dirigenti generali dello Stato.

Agli stessi spetta, altresì, un compenso determinato con il provvedimento di cui al comma 1 del presente articolo, sentita la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Art. 8 Oneri derivanti dall'organizzazione ed espletamento della prova

1. Le spese relative all'organizzazione e all'espletamento della prova attitudinale, valutate in Euro 2.500,00 per ciascun partecipante al corso attivato, sono per metà a carico degli interessati e per metà a carico del Ministero dell'istruzione, università e ricerca, quale quota di cofinanziamento agli ate-

- nei sedi della prova. Al momento dell'iscrizione ciascun candidato è tenuto al versamento della quota direttamente all'università sede del corso, secondo le modalità indicate dall'ateneo medesimo.
2. L'ammontare degli oneri gravanti sugli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri derivanti dall'espletamento delle attività di cui agli articoli: 2, comma 1, - 3, comma 2, - 7, comma del presente decreto, è determinato con successivo provvedimento della Federazione na-

zionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Detti oneri sono a totale carico degli interessati e devono essere versati sul conto corrente postale n. 17705021, all'uopo istituito e intestato alla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. La ricevuta di versamento della quota deve essere allegata alla domanda di partecipazione alla prova attitudinale, così come previsto dall'art. 4 comma 2, del presente decreto.

Un canale Tv su Internet dedicato alla chirurgia vascolare

La Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare lo scorso settembre ha dato vita a SICVE WebTv, un canale televisivo su internet che oltre a trattare l'informazione specialistica affronta temi di interesse più generale per il medico. Nella programmazione riveste uno spazio preminente il notiziario settimanale, ormai in onda con la dodicesima edizione; nell'area on demand del sito www.sicve.it sono inoltre disponibili interviste e approfondimenti.

Questa iniziativa è di notevole interesse per tutti i medici.

Attualmente, la redazione invia ogni settimana una e-mail per annun-

ciare la messa in onda del nuovo notiziario, con il sommario delle news per una consultazione più agile e la possibilità di cancellarsi dalla lista con un semplice clic.

I recapiti della segreteria:

Conor srl, Tel. 06 85305059

e-mail: conor@conor.it, socvascolare@tiscali.it.

Per qualsivoglia questione di carattere redazionale e/o tecnico la redazione della WebTV è a disposizione, come pure Maurizio Puttini, *Presidente SICVE Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare* - Tel. 02 64442589

e-mail:

maurizio.puttini@ospedaleniguarda.it

Sito web dell'Ordine: **www.omceoss.org**

e-mail dell'Ordine: **ordine@omceoss.org**



**ROTARY CLUB
OZIERI
DISTRETTO 2080**



BANDO DI CONCORSO PER UN LAVORO DI RICERCA SULLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA PREMIO "SALVATORICA CAMPUS MANCONI"

Art. 1 - Il Rotary Club di Ozieri in collaborazione con il Socio Past-President dott. Piero Manconi, indice un concorso per un lavoro scientifico (tesi di laurea sperimentale o di dottorato o di specializzazione o lavoro di ricerca) specifico sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica realizzato in data non antecedente al 31/12/2007.

In particolare si intende premiare un lavoro che introduca nuove acquisizioni nel settore eziopatogenetico, diagnostico e/o terapeutico sulla patologia oggetto del concorso.

Art. 2 - Possono partecipare al Concorso medici e/o ricercatori operanti nel territorio nazionale in una qualsiasi struttura pubblica o privata (Università, Centro di ricerca, Scuola di specializzazione, Ospedale) che non abbiano superato l'età di 40 anni alla data di scadenza della presentazione delle segnalazioni o delle domande di partecipazione.

Art. 3 - Le segnalazioni, con allegata la documentazione cartacea e su supporto informatico, del lavoro che si intende far concorrere, dovranno pervenire, a mezzo di raccomandata postale, improrogabilmente entro la scadenza del 30 agosto 2010, alla Segreteria del Rotary Club Ozieri c/o dott. Leonardo Gandolfo, Via Matteotti 25, 07014 OZIERI (Sassari);

Art. 4 - La domanda di partecipazione può essere inoltrata dal diretto interessato o dall'Istituzione presso cui lo studio è stato effettuato ma comunque con l'assenso scritto dell'autore o degli autori del

lavoro.

Art. 5 - La Commissione giudicante la cui nomina spetta al Consiglio Direttivo del Rotary Club Ozieri, sarà composta da esperti di riconosciuto prestigio e comprende anche il Past-President Piero Manconi, il Presidente e il Segretario pro-tempore del Club ed un altro Socio del Rotary Club Ozieri.

La Commissione giudicante si riunirà per esaminare gli elaborati e per l'assegnazione del premio non oltre il sessantesimo giorno dalla scadenza della presentazione delle domande di partecipazione. Il giudizio della commissione sarà insindacabile.

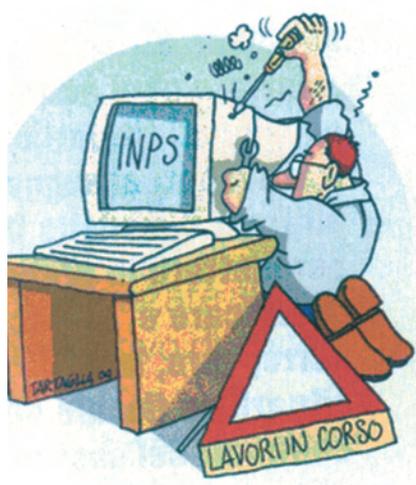
Art. 6 - Il premio consiste in un assegno di € 4.500 (Quattromilacinquecento) che sarà consegnato nel corso di una manifestazione pubblica, che si svolgerà nel comune di Pattada entro il mese di dicembre 2010, e nella quale il vincitore dovrà, con l'eventuale contributo di altri esperti, illustrare il significato del lavoro premiato e gli sviluppi relativi alla ricerca oggetto della patologia di cui trattasi.

Art. 7 - La mancata presenza del concorrente vincitore alla manifestazione di consegna del premio, la cui data verrà concordata con l'interessato compatibilmente con le esigenze organizzative, comporterà la decadenza dal premio stesso. In tale evenienza la Commissione giudicatrice si riserva, a suo insindacabile giudizio, di attribuire il premio ad altro concorrente.

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2010**

n.	Ass. prim.	Pediatr.	Cognome e nome	anno laurea	indirizzo	cap-città	telefono	cellulare
	Si	No	Barmina Maria Francesca	2004	Via Rockefeller 19	07100 Sassari		347/3736522 320/7169113
	Si	No	Ibba Alessandra	2004	Viale Italia 74	07100 Sassari		339/4350858
	Si	No	Leoni Stefania	2003	Via Armando Diaz 14	07100 Sassari		338/447126
	Si	No	Piluzza Maria Giovanna	2004	Via Amendola 38	07100 Sassari	079/2115000	333/5994951
	Si	No	Squintu Sara	2005	Via A. De Gasperi 51	07041 Alghero		3283045128

Aggiornato al 20.01.2010



SASSARI
MEDICA

GUIDA ALLE PRESTAZIONI



Supplemento a Sassari Medica n. 1 - Febbraio 2010
Direttore responsabile Agostino Sussarellu

Stampa **TAS** Sassari

Materiale INAIL: Fornito dalla dottoressa Virginia Melis,
Responsabile processo comunicazioni
e Relazione con il pubblico della Sede INAIL di Sassari.

Istruzioni per l'uso

Questa guida descrive le prestazioni INAIL dirette al lavoratore che subisce un infortunio o contrae una malattia a causa dell'attività lavorativa. Il lavoratore può richiedere ogni altra informazione di carattere generale presso tutte le Sedi INAIL sul territorio, consultando il sito Internet all'indirizzo www.inail.it, chiamando il numero gratuito **803.164**

Le informazioni di carattere personale - problemi legati a posizioni assicurative, ad infortuni o rendite - devono essere richieste esclusivamente alla Sede INAIL di appartenenza che, generalmente, è quella più vicina al proprio domicilio.

La guida si divide in cinque parti:

L'INAIL perché scopi e leggi dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

L'INAIL per chi categorie di lavoratori italiani e stranieri che hanno diritto all'assicurazione INAIL in Italia ed all'estero.

L'INAIL quando cosa deve sapere e cosa deve fare il lavoratore da quando subisce l'infortunio o contrae la malattia professionale fino a guarigione clinica avvenuta.

L'INAIL cosa schede illustrative delle singole prestazioni economiche e sanitarie dell'INAIL.

Contenzioso Cosa deve fare il lavoratore che non ritiene fondato il rifiuto dell'INAIL di corrispondergli prestazioni o non concorda con la loro misura.

In questa guida i termini infortunio e malattia si riferiscono sempre ad eventi che si sono verificati a causa dell'attività lavorativa.

L'INAIL perché?

“INAIL: non soltanto assicurazione ma un sistema integrato di tutela del lavoratore e per la competitività delle imprese”. Ecco la mission che da anni lega l'Inail al mondo dei lavoratori e dei datori di lavoro. A questi, l'Istituto offre un sistema integrato di tutela con servizi di prevenzione, di assicurazione, indennitari, di cura e riabilitativi.

L'INAIL è inserito in un più ampio sistema di welfare – insieme all'INPS, all'INPDAP, all'ENPALS e all'IPSEMA – a cui lo Stato delega, in via esclusiva, gli interventi di assicurazione sociale. Per questo motivo lo Stato assoggetta tali Enti alla sua vigilanza tramite il Ministero del lavoro e della Previdenza sociale e quello dell'Economia e delle Finanze.

Nell'ottica di un più ampio sistema di prevenzione l'INAIL collabora con gli Enti assicuratori di altri Paesi, europei ed extra-europei e coopera con le principali Organizzazioni Internazionali che si occupano della tutela del lavoro.

L'INAIL, Ente Pubblico a carattere nazionale con personalità giuridica e gestione autonoma, eroga prestazioni economiche e riabilitative ai lavoratori assicurati che subiscono infortuni o contraggono malattie a causa dell'attività lavorativa. Dal 1965 - anno in cui è stato emanato il Testo Unico sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro - ad oggi, un susseguirsi di disposizioni legislative, di pronunce della Corte Costituzionale e una consolidata interpretazione giurisprudenziale, ha profondamente modificato il settore delle prestazioni fornite dall'INAIL, nel senso di una sempre più ampia tutela nei confronti del lavoratore.

Dopo l'emanazione del decreto del 23 febbraio 2000 n. 38 che ha razionalizzato il ruolo complessivo dell'Istituto, i lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale hanno diritto:

- all'indennità per mancata retribuzione dovuta all'astensione dal lavoro durante il periodo di prognosi relativa all'evento lesivo - indennità per inabilità temporanea assoluta
- all'indennizzo per la diminuita attitudine al lavoro
- all'indennizzo per la lesione dell'integrità psicofisica – danno biologico
- all'indennizzo ai familiari in caso di morte – rendita ai superstiti
- all'indennizzo per la silicosi e asbestosi
- al massimo recupero possibile dell'attitudine al lavoro perduta e a un programma di riabilitazione finalizzato al reinserimento familiare, sociale e occupazionale..

L'INAIL eroga le prestazioni ai lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale, anche nel caso in cui il datore di lavoro non sia in regola con il pagamento del premio (automaticità delle prestazioni).

Questo principio non è applicabile alle casalinghe e ai lavoratori autonomi.

Le prestazioni economiche INAIL, tranne l'indennità di temporanea, non sono soggette a tassazione, non sono pignorabili né cedibili

L'INAIL per chi

L'INAIL assicura tutti coloro che svolgono attività lavorativa retribuita utilizzando macchine, apparecchi, impianti o che operano in ambienti organizzati:

- sia in Italia che all'Estero
- qualunque sia il settore lavorativo in cui operano
- alle dipendenze di chiunque, persone fisiche o giuridiche privati o enti pubblici

L'INAIL assicura inoltre:

- Artigiani, coltivatori diretti e/o parasubordinati

In ambito infortunistico vige il principio *dell'automaticità delle prestazioni*, in base al quale il lavoratore dipendente che si infortuna sul lavoro o contrae una malattia professionale, ha diritto ad usufruire delle prestazioni INAIL, anche se il datore di lavoro non lo ha assicurato.

LAVORATORI IN AMBITO EUROPEO

Normativa comunitaria

Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nel sistema comunitario sono regolati dalle disposizioni contenute nei seguenti Regolamenti:

Regolamento CEE n. 1408/71

Regolamento CEE n. 574/72

Regolamento CE n. 1608/98 e successive modificazioni e integrazioni.

Si evidenzia l'entrata in vigore del nuovo Regolamento comunitario n. 883/04 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, che sostituisce il Regolamento CEE n. 1408/71.

Testo rilevante ai fini dello Spazio Economico Europeo – SEE – e per la Svizzera. Il Regolamento CE n. 883/04 avrà efficacia al momento dell'entrata in vigore del nuovo Regolamento di applicazione che sostituirà il Regolamento CEE n. 574/72.

I PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

L'Unione Europea ha disciplinato i rapporti in materia di sicurezza sociale nei seguenti Paesi: Austria, Bulgaria, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Germania, Irlanda, Lettonia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Romania, Repubblica Slovacca, Spagna, Ungheria, Belgio, Cipro, Estonia, Francia, Grecia, Italia, Lituania, Malta, Polonia, Regno Unito (Gran Bretagna ed Irlanda del Nord), Slovenia, Svezia, Svizzera¹.

LAVORATORI ITALIANI NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

I Regolamenti comunitari sanciscono il principio della territorialità in base al quale il lavoratore è soggetto alla legislazione del Paese in cui è occupato. L'ipotesi del distacco deroga a questa previsione (Regolamento CEE 1408/71 art. 14) a condizione che lo stesso distacco sia per un periodo di 12 mesi prorogabile fino a ulteriori 12 mesi.

Superato anche il periodo di proroga, il lavoratore deve essere assicurato dal datore di lavoro nel Paese in cui è svolta l'attività lavorativa.

Il distacco nell'Unione Europea

Quando il lavoratore italiano è in distacco ed è vittima di un infortunio sul lavoro le prestazioni in natura sono fornite dallo Stato presso il quale il lavoratore esplica la propria attività per conto dell'Inail.

Le prestazioni economiche sono erogate dall'Inail.

Residenza o dimora nell'Unione Europea

Nell'ipotesi in cui il lavoratore, vittima di un infortunio o malattia professionale dimora o risiede nel territorio di uno Stato membro che non sia lo Stato presso il quale è assicurato (Stato competente) ha diritto alle prestazioni in natura dallo Stato di residenza o dimora, erogate per conto dello Stato competente.

Le prestazioni in danaro sono erogate dall'Istituzione dello Stato presso cui il lavoratore è assicurato.

LAVORATORI ITALIANI ALL'ESTERO NEI PAESI EXTRA COMUNITARI

Paesi con i quali l'Italia ha stipulato convenzioni internazionali

Per i Paesi che non fanno parte dell'Unione Europea la materia della sicurezza sociale è regolata dalle Convenzioni Internazionali.

In Italia le Convenzioni o gli Accordi Internazionali sono gestiti dall'Inail per la parte relativa all'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali.

Lo Stato italiano ha stipulato una convenzione internazionale con i seguenti Paesi:

Argentina, Australia (*Stato del Victoria*), Brasile, Canada (*province dell'Ontario e del Québec*), Capo Verde, Croazia, Isole del Canale, ex Jugoslavia (*al momento operante per Bosnia-Erzegovina*), ex Repubblica jugoslava di Macedonia, ex Repubblica federale di Jugoslavia², Principato di Monaco, San Marino, Santa Sede, Tunisia, Turchia³, Uruguay, Venezuela.

Se l'attività lavorativa è espletata in uno di questi Paesi si applicheranno le disposizioni di cui alla Convenzione stessa.

Di conseguenza, il lavoratore riceverà le prestazioni dall'Ente assicuratore dove lavora come se fosse cittadino di quello Stato (parità di trattamento).

Paesi con i quali l'Italia non ha stipulato convenzioni internazionali

Per i casi in cui i lavoratori italiani svolgono attività lavorativa nei Paesi al di fuori dell'Unione Europea, non convenzionati, vige la normativa di cui alla legge del 3 ottobre 1987 n. 398, finalizzata a garantire un trattamento assicurativo e previdenziale non inferiore a quello previsto dal sistema delle assicurazioni obbligatorie per i lavoratori in Italia.

In questo caso le prestazioni sono a carico dell'Inail.

¹ Dal 1° giugno 2002 la Svizzera è destinataria dei regolamenti CEE n. 1408/71 e n. 574/72 (art. 20 dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone stipulato tra la Comunità Europea e la Confederazione svizzera), pur non essendo Paese membro. Pertanto gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea e quindi anche i preesistenti accordi italo-svizzeri sono sospesi.

² Gli Stati interessati sono Serbia, Montenegro e Kosovo.

³ Convenzione Europea di Sicurezza Sociale del Consiglio d'Europa e relativo Accordo complementare, firmati dagli Stati membri del Consiglio a Parigi il 14 dicembre 1972, ratificati dallo Stato Italiano con legge del 27 dicembre 1988 n. 567 ed entrati in vigore il 12 aprile 1990.

L'INAIL quando

COSA DEVE SAPERE IL LAVORATORE QUANDO SUBISCE UN INFORTUNIO O CONTRAÈ UNA MALATTIA PROFESSIONALE

IL DATORE DI LAVORO DEVE PAGARE:

- per intero la giornata in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale, se quest'ultima ha causato assenza dal posto di lavoro; il 60% della retribuzione, salvo migliore trattamento previsto dal contratto di lavoro, per i successivi tre giorni di astensione dal lavoro (vedi scheda n. 1 "Indennità temporanea assoluta").

L'INAIL DEVE PAGARE:

- dal quarto giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale fino alla guarigione clinica (vedi scheda n. 1 "Indennità temporanea assoluta").

LE CURE sono fornite:

- dal Servizio Sanitario Nazionale e dagli ambulatori dell'INAIL attivati da apposite convenzioni con le Regioni.

SE L'INFORTUNIO O LA MALATTIA PROFESSIONALE

- non sono stati denunciati subito: entro 3 anni dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia, il lavoratore può ottenere comunque le prestazioni INAIL.

SE LA CAUSA DELL'INFERMITÀ È DUBBIA

- una convenzione tra l'INAIL e l'INPS garantisce che il primo Ente che riceve il certificato medico relativo all'infortunio o alla malattia fornisce le prestazioni.

Termine di prescrizione INAIL:

3 anni;

termine di decadenza INPS: 1 anno.

IN CASO DI INFORTUNIO SUL LAVORO IL LAVORATORE DEVE:

- **INFORMARE** immediatamente il datore di lavoro
- **PRESENTARE** subito al datore di lavoro il primo certificato medico e, se le cure dovessero proseguire, il certificato compilato dal medico curante. Il datore di lavoro invierà all'INAIL i certificati originali. In caso di ricovero, l'ospedale invierà copia dei certificati all'INAIL ed al datore di lavoro

IN CASO DI MALATTIA PROFESSIONALE

Se il lavoratore svolge attività lavorativa deve:

- **DENUNCIARE** la malattia al datore di lavoro entro 15 giorni dal suo manifestarsi
- **PRESENTARE** al datore di lavoro il primo certificato medico e, in caso di prosecuzione delle cure, il certificato compilato dal medico curante. Il datore di lavoro invierà all'INAIL i certificati originali.

Se il lavoratore NON svolge attività lavorativa

- **PUÒ PRESENTARE** direttamente all'INAIL domanda di riconoscimento della malattia professionale.

DALLA GUARIGIONE CLINICA ALL'ACCERTAMENTO DEL DANNO PERMANENTE

DOPO LA GUARIGIONE L'INAIL:

invita il lavoratore infortunato a sottoporsi a visita medico-legale per accertare e quantificare il danno permanente derivante dall'infortunio o dalla malattia professionale.

Per eventi antecedenti il 25 luglio 2000 viene considerata la diminuita o perduta attitudine al lavoro espressa come inabilità permanente:

SE IL GRADO ACCERTATO È COMPRESO FRA L'11% ED IL 100%
il lavoratore ha diritto alla rendita INAIL (vedi scheda n. 2 "Rendita diretta per inabilità permanente").

SE IL GRADO ACCERTATO È INFERIORE ALL'11%

il lavoratore non ha diritto alla rendita INAIL. In caso di successivo aggravamento, il lavoratore può richiedere alla Sede INAIL di appartenenza la revisione del grado di inabilità, entro i seguenti termini:

- 10 anni dalla data di infortunio sul lavoro
- 15 anni dalla data di manifestazione della malattia professionale • senza alcun limite di tempo in caso di silicosi ed asbestosi.

Per eventi a decorrere dal 25 luglio 2000 viene considerata la menomazione dell'integrità psicofisica:

SE IL GRADO È INFERIORE AL 6%

- il lavoratore non ha diritto a nessun indennizzo (in caso di successivo aggravamento valgono le disposizioni relative alla disciplina precedente il 25.7.2000 sopra menzionate).

SE IL GRADO È PARI O SUPERIORE AL 6% ED INFERIORE AL 16%

- il lavoratore ha diritto ad un indennizzo in capitale del solo danno biologico.

SE IL GRADO È PARI O SUPERIORE AL 16%

- il lavoratore ha diritto ad una rendita, di cui una quota per danno biologico ed una quota aggiuntiva per le conseguenze patrimoniali della menomazione (vedi scheda n. 3).

DALL'ACCERTAMENTO ALLA REVISIONE DEL DANNO PERMANENTE

DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA RENDITA

- il lavoratore infortunato può essere invitato a sottoporsi a visite medico-legali per la eventuale revisione del danno permanente: conferma, aumento o diminuzione.

IN CASO D'INFORTUNIO

LA REVISIONE DEL DANNO PERMANENTE PUÒ ESSERE DISPOSTA DALL'INAIL O RICHIESTA DALL'INTERESSATO:

- Entro 10 anni dalla data di decorrenza della rendita
- Nei primi quattro anni il lavoratore può essere invitato a sottoporsi a visita quattro volte.

PRIMA VISITA

- non prima di un anno dalla data dell'infortunio e non prima di sei mesi dalla data di decorrenza della rendita.

VISITE SUCCESSIVE

- non prima di un anno dalla precedente;
- dopo i primi quattro anni sono possibili altre due revisioni:
 - alla scadenza del settimo anno dalla decorrenza della rendita;
 - alla scadenza del decimo anno dalla decorrenza della rendita.

IN CASO DI MALATTIA PROFESSIONALE

Entro 15 anni dalla data di decorrenza della rendita:

PRIMA VISITA

- dopo sei mesi dalla data di cessazione del periodo di inabilità temporanea assoluta, oppure, nei casi in cui non esiste inabilità temporanea assoluta, dopo un anno dalla data di manifestazione della malattia.

ULTIMA VISITA

- alla scadenza dei 15 anni dalla data di decorrenza della rendita.

IN CASO DI SILICOSI (inalazione di polvere di silicio) O ASBESTOSI (inalazione di polvere di amianto), SENZA ALCUN LIMITE DI TEMPO:

PRIMA VISITA

- dopo un anno dalla data di manifestazione della malattia ed almeno dopo sei mesi dalla data di decorrenza della rendita.

VISITE SUCCESSIVE

- non prima di un anno dalla precedente.

Nel rispetto dei tempi sopra indicati, se il lavoratore ritiene aggravate le sue condizioni, può presentare richiesta di revisione accompagnata da certificato medico alla Sede INAIL d'appartenenza.

L'INAIL cosa

Al lavoratore che subisce un infortunio sul lavoro o contrae una malattia professionale l'**INAIL ASSICURA:**

L'INDENNIZZO

- per la mancata retribuzione;
- per diminuita o perduta attitudine al lavoro, per eventi anteriori al 25 # luglio 2000;
- per menomazione dell'integrità psicofisica e sue conseguenze patrimoniali per eventi a decorrere dal 25 luglio 2000;
- ai superstiti in caso di morte per infortunio o malattia professionale.

IL MASSIMO RECUPERO POSSIBILE della integrità psicofisica e dell'attitudine al lavoro perduta.

Per ottenere le prestazioni il lavoratore può anche rivolgersi ai Patronati. La legge affida, infatti, a questi ultimi "il compito di tutelare ed assistere i lavoratori, in maniera del tutto gratuita, nel conseguimento delle prestazioni previdenziali ed assistenziali da parte degli Enti erogatori"

1. INDENNITÀ GIORNALIERA PER INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica: indennizzo per mancata retribuzione.

L'indennità è soggetta a tassazione IRPEF.

La trattenuta viene effettuata dall'INAIL, che rilascia all'assicurato la relativa certificazione fiscale.

REQUISITI PER AVERE DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- causa lavorativa dell'infortunio o della malattia;
- inabilità che comporta l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

DECORRENZA

Dal quarto giorno successivo alla data di infortunio o di manifestazione della malattia professionale.

DURATA

- tutto il periodo della inabilità temporanea assoluta al lavoro, compresi i giorni festivi, fino alla guarigione clinica;

- i lavoratori affetti da silicosi o Asbstosi percepiscono un assegno giornaliero, pari all'indennità temporanea assoluta, nei giorni in cui devono assentarsi dal lavoro per sottoporsi ad accertamenti diagnostici o cure.

CALCOLO DELL'INDENNITÀ

- 60% della retribuzione media giornaliera fino al 90° giorno;
- 75% della retribuzione media giornaliera dal 91° giorno fino alla guarigione clinica;
- la retribuzione media giornaliera viene calcolata in base a quella effettivamente corrisposta nei 15 giorni precedenti l'infortunio o la malattia professionale;
- per specifiche categorie (ad esempio: lavoratori agricoli subordinati a tempo determinato) il calcolo viene effettuato in base delle retribuzioni convenzionali stabilite con Decreto Ministeriale, salvo i casi di retribuzione più favorevole stabiliti a livello provinciale dal contratto collettivo per la qualifica per la quale è stato assunto il lavoratore.
- Il datore di lavoro è obbligato a pagare al lavoratore infortunato l'intera retribuzione per la giornata nella quale è avvenuto l'infortunio ed il 60% della retribuzione stessa, salvo migliori condizioni previste da contratti collettivi o individuali di lavoro, per i successivi 3 giorni.

COME SI OTTIENE L'INDENNITÀ

L'INAIL corrisponde direttamente l'indennità, a titolo di acconto, entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta e, a titolo di saldo, entro 30 giorni dalla data di ricezione del certificato medico definitivo.

RIDUZIONE

L'INAIL può ridurre di un terzo l'importo dell'indennità ai lavoratori senza familiari a carico, per i periodi di ricovero in istituti di cura.

Per particolari ragioni di natura economica, l'assicurato può richiedere all'INAIL di non applicare la riduzione.

2. RENDITA DIRETTA PER INABILITÀ PERMANENTE PER EVENTI ANTECEDENTI AL 25 LUGLIO 2000

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica: indennizzo per la diminuita attitudine al lavoro valutata in base alle tabelle allegate al T.U. 1124/1965.

La rendita non è soggetta a tassazione IRPEF.

REQUISITI PER AVERE DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- causa lavorativa dell'infortunio o della malattia;
- grado di inabilità permanente compreso tra l'11% ed il 100%.

DECORRENZA

Dal giorno successivo alla guarigione clinica.

DURATA

Per tutta la vita a condizione che:

- nell'arco di tempo in cui è possibile che si verifichi una revisione, il grado di inabilità riconosciuta non scenda sotto l'11%;
- la rendita non venga capitalizzata (vedi Capitalizzazione della rendita nella pagina seguente).

CALVOLO DELLA RENDITA

L'importo della rendita viene calcolato su:

- retribuzione percepita nell'anno precedente la data di infortunio o di manifestazione della malattia;
- grado di inabilità riconosciuto.

L'importo della retribuzione da considerare per il calcolo deve comunque essere compreso entro i limiti minimo e massimo stabiliti per legge.

Per specifiche categorie (lavoratori agricoli autonomi e subordinati a tempo determinato, medici radiologi, ecc.) il calcolo viene effettuato sulla base di retribuzioni convenzionali stabilite con Decreto Ministeriale.

VARIAZIONI DI IMPORTO DELLA RENDITA

- Aumento, diminuzione o cessazione a seguito della variazione del grado di inabilità;
- Rivalutazione annuale a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo con decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale di concerto con quelli dell'Economia e delle Finanze e della Salute;
- Aumento di un ventesimo per:
 - il coniuge;
 - i figli fino a 18 anni;
 - i figli inabili, senza limiti di età, finché dura l'inabilità;
 - i figli fino a 21 anni se studenti di scuola media superiore e viventi a carico; - i figli fino a 26 anni se studenti universitari e viventi a carico, per tutta la durata normale del corso di laurea.

COME SI OTTIENE LA RENDITA

L'INAIL provvede direttamente dopo l'accertamento del grado di inabilità.

CAPITALIZZAZIONE DELLA RENDITA

L'INAIL liquida il valore capitale della rendita qualora, in sede di ultima revisione, risulti un grado di inabilità compreso tra l'11% ed il 15%:

- dopo 10 anni dalla data di decorrenza della rendita da infortunio;
- dopo 15 anni dalla data di decorrenza della rendita da malattia professionale.

IL RISCATTO DELLA RENDITA PER IL LAVORATORE AGRICOLO

Il lavoratore agricolo titolare di rendita:

- con un grado di inabilità permanente non superiore al 20%, accertato alla scadenza dei termini per la revisione, può richiedere la liquidazione in capitale della rendita dovuta;
- con un grado di inabilità permanente non inferiore al 50%, accertato a distanza non inferiore a due anni, e per investimenti e miglioramenti della propria attività, può richiedere l'applicazione di particolari forme di riscatto della rendita.

NOTIZIE UTILI

- la rendita può generare forme di incumulabilità con le prestazioni di invalidità INPS e del Ministero dell'Interno;
- la rendita viene pagata per intero indipendentemente dallo svolgimento dell'attività lavorativa;
- il pagamento viene effettuato:
 - in contanti, localizzato presso un Ufficio Postale;
 - con accredito su conto corrente bancario;
 - con accredito su conto corrente postale;
 - le altre forme di pagamento attualmente in uso (in contanti presso lo sportello bancario, con assegno non trasferibile indirizzato al domicilio dell'interessato, etc..) saranno rese progressivamente non disponibili.

3. INDENNIZZO PER LA MENOMAZIONE DELL'INTEGRITÀ PSICOFISICA (DANNO BIOLOGICO) E PER LE SUE CONSEGUENZE PATRIMONIALI (EVENTI SUCCESSIVI AL 25 LUGLIO 2000)

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica: indennizzo per "lesione dell'integrità psicofisica suscettibile di valutazione medico-legale della persona" definita sulla base delle tabelle previste dal D.Lgs. 38/2000.

L'indennizzo non è soggetto a tassazione IRPEF.

REQUISITI PER AVERE DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- causa lavorativa dell'infortunio o della malattia;
- grado di menomazione dell'integrità psicofisica compreso tra il 6% ed il 100%.

DECORRENZA DELLA DISCIPLINA

Infortuni verificati e malattie professionali denunciate a decorrere dal 25 luglio 2000.

CALCOLO DELL'INDENNIZZO

Il tipo di indennizzo erogato viene stabilito in base al grado di menomazione (v. Tabella menomazioni):

- inferiore al 6% nessun indennizzo per danno biologico (**franchigia**) nessun indennizzo per conseguenze patrimoniali;
- dal 6% al 15% indennizzo del danno biologico in capitale (v. Tabella indennizzo) nessun indennizzo per conseguenze patrimoniali;
- dal 16% al 100% indennizzo del danno biologico in rendita (v. Tabella indennizzo) indennizzo con ulteriore quota di rendita per conseguenze patrimoniali (v. Tabella coefficienti).

TABELLA DELLE MENOMAZIONI

La tabella è prevista dal D.Lgs. 38/2000 ed include circa 400 voci, consentendo di valutare menomazioni precedentemente non considerate, quali ad esempio il danno estetico, quello all'apparato riproduttivo etc.

TABELLA INDENNIZZO

La "tabella indennizzo del danno biologico" segue i seguenti criteri di impostazione:

- **AREDDITUALE**, indipendente cioè dal reddito, in quanto la menomazione in sé produce lo stesso pregiudizio alla salute per tutti gli essere umani;
- **CRESCENTE** al crescere della gravità della menomazione;
- **VARIABILE** in funzione dell'età (decresce al crescere dell'età) e del sesso (tiene conto della maggiore longevità femminile);
- **UGUALE** per i settori industria ed agricoltura.

La tabella indennizzo è strutturata secondo i seguenti criteri di applicazione:

- inferiore al 6% è prevista la franchigia;
- dal 6% al 15% è differenziata per sesso;

l'indennizzo in capitale è in funzione dell'età e del grado di menomazione;

- dal 16% al 100%: indennizzo in rendita in funzione del grado di menomazione. La rendita vitalizia è calcolata come attualizzazione dell'indennizzo in capitale.

L'indennizzo in capitale, previsto per i gradi di menomazione dal 6% al 15%, non deve essere confuso con la liquidazione in capitale delle rendite dirette per inabilità permanente (vedi scheda n. 2).

TABELLA DEI COEFFICIENTI

- è lo strumento per valutare l'ulteriore quota d'indennizzo in rendita relativa alle conseguenze patrimoniali presunte per gradi di menomazioni pari o superiori al 16%;
- il coefficiente si applica alla retribuzione effettivamente percepita dall'infortunato entro i limiti minimi e massimi previsti dal T.U.;
- l'ulteriore quota di rendita è commisurata all'incidenza della menomazione sulla capacità dell'infortunato di produrre reddito con il lavoro e tiene conto della categoria di attività dell'assicurato e della sua possibilità di ricollocarsi in un proficuo lavoro.

REVISIONE DELLA RENDITA

Il Decreto Legislativo 38/2000 disciplina, all'art. 13 comma 4, l'aggravamento nei casi specifici di assicurati dichiarati guariti, con postumi inferiori al 6% e con postumi dal 6% al 15%.

In tali casi è ammessa la domanda di aggravamento che comporta, se riconosciuto, l'erogazione dell'indennizzo in capitale o, nel caso in cui l'aggravamento del danno riconosciuto sia superiore al 15%, l'erogazione della rendita. L'importo della rendita viene decurtato del precedente indennizzo in capitale.

L'aggravamento può comportare l'adeguamento del precedente indennizzo in capitale, ma soltanto una volta.

DISCIPLINA DELLE PREESISTENZE

A) Nel caso in cui l'assicurato, già colpito da uno o più eventi lesivi, rientranti nella disciplina del danno biologico subisca un nuovo evento lesivo si procede alla valutazione complessiva dei postumi ed alla liquidazione di un'unica rendita o di un indennizzo in capitale, corrispondente al grado complessivo delle menomazioni secondo i criteri di applicazione della tabella di indennizzo.

L'importo della nuova rendita o del nuovo indennizzo in capitale è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto e non recuperato.

B) Nel caso in cui l'assicurato sia affetto da menomazioni preesistenti al nuovo evento lesivo, derivanti da fatti estranei al lavoro, esse assumono rilevanza solo se *concorrenti ed aggravanti* la menomazione di origine lavorativa.

C) Nel caso in cui l'assicurato sia affetto invece da menomazioni preesistenti di origine lavorativa ricadenti nella precedente disciplina del Testo Unico:

- *se sono indennizzate in rendita* il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tenere conto delle preesistenze.

Ciò in quanto l'assicurato, oltre alla rendita spettante ai sensi della nuova disciplina, continuerà a percepire quella spettante ai sensi della precedente normativa;

- *se non sono indennizzate in rendita* assumono rilevanza solo se *concorrenti od aggravanti* le menomazioni derivanti dal nuovo evento lesivo.

DISCIPLINA DELL'INDENNIZZO PROVVISORIO IN CAPITALE

Se al ricevimento del certificato medico, che attesta la cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, non è ancora possibile accertare in via definitiva il grado di menomazione, ma è comunque presumibile che sia compreso tra il 6% ed il 15%, si può procedere alla *liquidazione di un indennizzo provvisorio in capitale*. La *liquidazione definitiva* dovrà avvenire non prima dei sei mesi e non oltre un anno dal ricevimento del certificato medico e non potrà essere inferiore al capitale liquidato provvisoriamente.

DISCIPLINA IN CASO DI MORTE

L'art. 13 del D.Lgs. 38/2000 disciplina il caso specifico di morte dell'assicurato, avvenuta prima che sia stato corrisposto l'indennizzo in capitale.

L'indennizzo in capitale è dovuto in misura proporzionale al periodo di tempo tra la data di guarigione clinica e la morte.

DISCIPLINA PER IL RISCATTO DELLA RENDITA PER IL LAVORATORE AGRICOLO

Il lavoratore agricolo titolare di rendita:

- con un grado di inabilità permanente non superiore al 20%, accertato alla scadenza dei termini per la revisione, *può richiedere la liquidazione in capitale della rendita dovuta*;
- con un grado di inabilità permanente non inferiore al 50% accertata a distanza non inferiore a due anni e per investimenti e miglioramenti della propria attività *può richiedere l'applicazione di particolari forme di riscatto della rendita*.

Per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 quest'ultima richiesta può essere avanzata dagli assicurati che presentino una menomazione dell'integrità psicofisica di grado non inferiore al 35%.

4. INTEGRAZIONE DELLA RENDITA DIRETTA

Natura della prestazione

Economica. L'integrazione è soggetta a tassazione IRPEF.

REQUISITI PER AVER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- titolarità di rendita diretta;
- validità dei termini di revisione (10 anni per gli infortuni e 15 per le malattie professionali);
- necessità di effettuare cure per il recupero dell'attitudine al lavoro e dell'integrità psicofisica.

DURATA

Per tutto il periodo della cura.

CALCOLO DELL'INTEGRAZIONE

La quota giornaliera della rendita può essere integrata fino a un massimo del 75% della retribuzione media giornaliera degli ultimi 15 giorni di lavoro.

COME SI OTTIENE L'INTEGRAZIONE

Su richiesta del lavoratore assicurato alla Sede INAIL di appartenenza.

Le cure e la conseguente integrazione possono essere disposte anche direttamente dall'INAIL.

5. PRESTAZIONI PER INFORTUNI IN AMBITO DOMESTICO

A) RENDITA DIRETTA

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica: indennizzo per la diminuita attitudine al lavoro. La rendita non è soggetta a tassazione IRPEF.

REQUISITI PER AVER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- avere un'età compresa tra i 18 ed i 65 anni;
- svolgere in via esclusiva, e senza vincolo di subordinazione, lavoro domestico per la cura dei componenti della famiglia e dell'ambiente in cui dimora;
- non avere altra attività per la quale sussista obbligo di iscrizione ad un altro ente o cassa previdenziale;
- aver riportato un infortunio in occasione e a causa del lavoro prestato in ambito domestico da cui consegua una inabilità permanente uguale o superiore al 33%. Per gli infortuni verificatisi a decorrere dal 1° gennaio 2007 l'inabilità permanente utile per accedere alla prestazione deve essere uguale o superiore al 27%.

CONDIZIONE FONDAMENTALE PER AVER DIRITTO ALLA RENDITA

Nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni domestici non vale il principio dell'automaticità delle prestazioni: solo il pagamento del premio, o la domanda di iscrizione in caso di pagamento da parte dello Stato, danno diritto alla liquidazione della rendita.

DECORRENZA

Dal primo giorno successivo a quello di avvenuta guarigione clinica.

DURATA

Per tutta la vita. Questa rendita, diversamente dalle altre erogate dall'INAIL, non è soggetta a revisione per modifica della condizioni fisiche (miglioramento o peggioramento).

CALCOLO DELLA RENDITA

L'importo della rendita viene calcolato su:

- grado d'inabilità riconosciuta uguale o superiore al 33%, ovvero al 27% per gli infortuni verificatisi a decorrere dal 1° gennaio 2007;
- retribuzione minima convenzionale stabilita per le rendite del settore industriale.

La rendita è valutata in applicazione delle tabelle allegate al T.U. del 1965.

COME SI OTTIENE LA RENDITA

L'infortunato deve richiedere la rendita alla più vicina Sede INAIL dichiarando nella domanda:

- di essere in regola con l'assicurazione
- che al momento dell'infortunio sussistevano i requisiti per l'assicurazione;
- il luogo, la data, la causa e le circostanze dell'infortunio;
- eventuali soggetti presenti al momento dell'infortunio.

Alla domanda deve essere allegata certificazione medica che dovrà riportare, tra l'altro:

- dati anagrafici dell'infortunato e data dell'infortunio;
- il luogo e la data della prima visita;
- la data di guarigione clinica;
- le conseguenze della lesione;
- eventuali preesistenze;
- le previsioni di postumi invalidanti permanenti uguali o superiori al 33% ovvero al 27% per gli infortuni verificatisi a decorrere dal 1° gennaio 2007.

NOTIZIE UTILI

Il pagamento della rendita viene effettuato:

- in contanti, localizzato presso un Ufficio Postale;
- con accredito su conto corrente bancario;
- con accredito su conto corrente postale;
- le altre forme di pagamento attualmente in uso (in contanti presso lo sportello bancario, con assegno non trasferibile indirizzato al domicilio dell'interessato, etc..) saranno sempre meno utilizzate.

B) RENDITA AI SUPERSTITI

Per gli eventi verificatisi a decorrere dal 17 maggio 2006 (D.M. 31 gennaio 2006 pubblicato sulla G.U. n.113 del 17 maggio 2006) l'assicurazione è estesa anche ai casi di infortunio mortale. Ai superstiti dell'assicurato spetta una rendita calcolata sulla base della retribuzione convenzionale del settore industriale (vedi scheda n.7).

C) ASSEGNO FUNERARIO

Per gli eventi verificatisi a decorrere dal 17 maggio 2006 (D.M. 31 gennaio 2006 pubblicato sulla G.U. n.113 del 17 maggio 2006) è inoltre corrisposto l'assegno funerario (vedi scheda n. 8).

6. RENDITA DI PASSAGGIO PER SILICOSI E ASBESTOSI

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica. La rendita non è soggetta a tassazione IRPEF.

REQUISITI PER AVER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- riconoscimento di Silicosi o Asbestososi causate da lavorazioni a rischio;
- abbandono della lavorazione nociva per evitare l'aggravamento della malattia;

- grado di inabilità permanente compreso tra l'1% e l'80%, valutata in base alle tabelle allegate al T.U. 1124/1965.

Per i casi denunciati a decorrere dal 1° gennaio 2007, la prestazione viene concessa per menomazioni dell'integrità psicofisica dall'1% al 60% con riferimento alle tabelle di cui al Decreto Ministeriale pubblicato il 25 luglio 2000.

DECORRENZA

Dalla data di effettivo abbandono della lavorazione nociva.

DURATA

Un anno.

CALCOLO DELLA RENDITA

In caso di disoccupazione:

importo pari ai 2/3 della retribuzione media giornaliera percepita nei 30 giorni precedenti l'abbandono della lavorazione nociva.

In caso di occupazione in lavorazione diversa:

importo pari ai 2/3 della differenza tra la retribuzione media giornaliera percepita nei 30 giorni precedenti l'abbandono della lavorazione e quella percepita per la nuova lavorazione.

COME SI OTTIENE LA RENDITA

Il lavoratore, entro 180 giorni dalla data di abbandono della lavorazione nociva, deve presentare all'INAIL:

- richiesta di rendita di passaggio;
- dichiarazione del datore di lavoro che attesti l'abbandono della lavorazione e la misura dell'ultima retribuzione;
- certificato medico da cui risulti che il lavoratore ha abbandonato la lavorazione nociva per evitare l'aggravamento della malattia.

E inoltre

In caso di disoccupazione:

- certificato di disoccupazione.

In caso di nuova occupazione:

- dichiarazione del datore di lavoro sulla natura della nuova occupazione e sulla misura della relativa retribuzione.

RINNOVO DELLA RENDITA

La rendita di passaggio può essere riconosciuta una seconda volta, sempre per la durata di un anno, entro il termine di 10 anni dalla cessazione della prima, a condizione che la nuova lavorazione risulti comunque dannosa.

7. RENDITA AI SUPERSTITI

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica. La rendita non è soggetta a tassazione IRPEF.

CONDIZIONI PER AVERE DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

La morte del lavoratore causata dall'infortunio o dalla malattia professionale.

CHI HA DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Gli aventi diritto sono:

- coniuge;
- figli legittimi, naturali o riconosciuti o riconoscibili, adottivi.

In mancanza di coniuge e figli:

- genitori naturali o adottivi;
fratelli e sorelle.

REQUISITI PER AVERE DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- coniuge: nessun requisito;
- figli:
 - fino al 18° anno di età, nessun requisito;
 - fino al 21° anno di età, frequenza di scuola media superiore, vivenza a carico e assenza di lavoro retribuito;
 - fino al 26° anno di età, frequenza di corso normale di laurea, vivenza a carico e assenza di lavoro retribuito;
- maggiorenni inabili al lavoro;
- genitori:
 - vivenza a carico.
- fratelli e sorelle:
 - vivenza a carico e convivenza.

DECORRENZA

Dal giorno successivo alla morte del lavoratore.

DURATA

- coniuge: fino alla morte o a nuovo matrimonio;
- figli:
 - fino al 18° anno di età per tutti i figli;
 - fino al 21° anno di età per studenti di scuola media superiore o professionale;
 - per la durata normale del corso di laurea, ma non oltre il 26° anno di età per gli studenti universitari;
 - maggiorenni inabili al lavoro: finché dura l'inabilità.

In mancanza di coniuge e figli:

- genitori naturali o adottivi: fino alla morte;
- fratelli e sorelle: negli stessi termini validi per i figli.

CALCOLO DELLA RENDITA

In rapporto alla retribuzione annua del lavoratore deceduto, la rendita viene così calcolata:

- 50% al coniuge;
- 20% a ciascun figlio;
- 40% a ciascun figlio orfano di entrambi i genitori.

In mancanza di coniuge e figli:

- 20% a ciascun genitore naturale o adottivo;
- 20% a ciascuno dei fratelli e delle sorelle.

La somma totale delle quote di rendita che spettano ai superstiti non può superare la retribuzione presa a base per il calcolo della rendita. In caso contrario le quote di rendita vengono proporzionalmente adeguate.

L'importo della retribuzione da considerare per il calcolo deve comunque essere compreso entro i limiti minimo e massimo stabiliti per legge.

Con l'emanazione del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, art. 11 comma 1, l'assegno viene rivalutato annualmente, a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno, con apposito Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, di concerto con quelli dell'Economia e delle Finanze e della Salute, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

COME SI OTTIENE LA RENDITA

In caso di infortunio mortale provvede direttamente l'INAIL su denuncia del datore di lavoro.

SE IL DATORE DI LAVORO NON PRESENTA LA DENUNCIA, l'INAIL provvede su richiesta dei superstiti del lavoratore deceduto, in base alla documentazione sanitaria presentata da cui è possibile rilevare la causa della morte.

In caso di decesso del titolare di rendita diretta, l'INAIL provvede su richiesta dei superstiti del lavoratore deceduto, a presentazione della documentazione sanitaria da cui è possibile rilevare la causa della morte.

L'INAIL è comunque tenuto a comunicare ai superstiti la possibilità di presentare la richiesta di rendita. Dalla data di ricevimento della comunicazione dell'INAIL, i superstiti hanno 90 giorni di tempo per poter presentare la richiesta stessa.

8. ASSEGNO FUNERARIO

Natura della prestazione

Economica

CHI HA DIRITTO ALL'ASSEGNO

I superstiti di lavoratori deceduti a causa di infortunio sul lavoro o malattia professionale

oppure

chiunque dimostri di aver sostenuto le spese funerarie.

IMPORTO DELL'ASSEGNO

L'assegno viene rivalutato annualmente, a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno, con apposito Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza

sociale, di con-certo con quelli dell'Economia e delle Finanze e della Salute, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Dal 1° luglio 2007 l'importo è di Euro 1.725,47.

9. ASSEGNO PER ASSISTENZA PERSONALE CONTINUATIVA

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica. L'assegno non è soggetto a tassazione IRPEF. Non è cumulabile con altri assegni di accompagnamento. Viene sospeso durante i periodi di ricovero.

REQUISITI PER AVER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

A) Per eventi fino al 31 dicembre 2006:

- 1) Inabilità permanente assoluta del 100% valutata in base alle tabelle allegata al T.U. 1124/65;
- 2) necessità di assistenza personale continuativa a causa di una delle seguenti condizioni patologiche riportate in apposita tabella allegata al T.U. 1124/65:
 - riduzione della acutezza visiva, tale da permettere soltanto il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino (cm. 30) o più grave;
 - perdita di nove dita delle mani, compresi i due pollici;
 - lesioni del sistema nervoso centrale che hanno prodotto paralisi totale flaccida dei due arti inferiori;
 - amputazione bilaterale degli arti inferiori:
 - a) di cui uno sopra il terzo inferiore della coscia e l'altro all'altezza del collo del piede o al di sopra;
 - b) all'altezza del collo del piede o al di sopra, quando sia impossibile l'applicazione di protesi;
 - perdita di una mano e di ambedue i piedi, anche se sia possibile l'applicazione di protesi;
 - perdita di un arto superiore e di un arto inferiore:
 - a) sopra il terzo inferiore, rispettivamente, del braccio e della coscia
 - b) sopra il terzo inferiore, rispettivamente, dell'avambraccio e della coscia;
 - alterazione delle facoltà mentali che apportano gravi e profondi perturbamenti alla vita organica e sociale;
 - malattie o infermità che rendono necessaria la continua o quasi continua degenza a letto.

B) Per eventi a decorrere dal 1° gennaio 2007:

- 1) necessità di assistenza personale continuativa a causa di una delle Condizioni patologiche riportate nella predetta tabella allegata al T.U. 1124/1965.

DECORRENZA

- Dalla data di decorrenza della rendita oppure
 - dal primo giorno del mese successivo alla richiesta del titolare di rendita per ottenere il riconoscimento dell'Assistenza Personale Continuativa o per la revisione del danno permanente
- oppure
- dal primo giorno del mese successivo all'invito da parte dell'INAIL a sottoporsi a visita per la revisione del danno permanente.

DURATA

Finché permane la necessità di assistenza personale continuativa.

COME SI OTTIENE L'ASSEGNO

- su richiesta del titolare di rendita alla Sede INAIL di appartenenza;
- su espresso parere del medico dell'INAIL al momento dell'accertamento del danno permanente.

IMPORTO DELL'ASSEGNO

L'assegno viene pagato mensilmente e viene rivalutato annualmente a decorrere dal 1° luglio di ogni anno, sulla base delle variazioni effettive dei prezzi al consumo con apposito Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale di concerto con quelli dell'Economia e delle Finanze e della Salute.

Dal 1° luglio 2007 l'importo è di euro 430,63.

10. ASSEGNO DI INCOLLOCABILITÀ

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica. L'assegno non è soggetto a tassazione IRPEF.

REQUISITI PER AVER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- età non superiore a 65 anni;
impossibilità ad essere collocato in qualsiasi settore lavorativo, riconosciuta dagli Organismi competenti;
- grado di inabilità per infortunio sul lavoro o malattia professionale non inferiore al 34% riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al T.U.

Per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 la menomazione dell'integrità psicofisica per ottenere la prestazione deve essere di grado superiore al 20% secondo le tabelle previste dal D.Lgs. 38/2000.

DECORRENZA

Un mese dopo la presentazione della richiesta.

DURATA

Fino al compimento dei 65 anni, salvo che nel frattempo non intervengano variazioni nella condizione di incollocabilità.

COME SI OTTIENE LA PRESTAZIONE

Attualmente, *in attesa di ridefinire la materia*, il lavoratore assicurato deve presentare apposita domanda alla Sede INAIL di appartenenza.

Tale domanda dovrà contenere, oltre ai dati anagrafici, la descrizione dell'inabilità lavorativa ed eventualmente extralavorativa accertata per il soggetto e fotocopia del documento di identità. In caso di riconosciuta invalidità extralavorativa dovrà essere prodotta certificazione a supporto.

Il Centro medico legale della Sede, dopo che è stata accertata l'esistenza dei requisiti amministrativi, provvederà a verificare, previa visita medica dell'assicurato, la sussistenza dei requisiti sanitari previsti dalla normativa vigente (Decreto Ministeriale del Lavoro e della Previdenza sociale n. 137/1987 art. 1).

In caso di esito positivo dell'accertamento la Sede acquisirà, direttamente dal Centro per l'impiego competente, la certificazione di incollocabilità dell'assicurato stesso, notificando quindi a quest'ultimo l'accoglimento della richiesta per l'erogazione dell'assegno.

In caso di non accoglimento saranno specificate all'interessato, a mezzo posta, le relative motivazioni.

IMPORTO DELL'ASSEGNO

L'assegno viene pagato mensilmente insieme alla rendita ed è rivalutato annualmente con apposito decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale in relazione all'indice ISTAT delle variazioni effettive dei prezzi al consumo.

Dal 1° luglio 2007 l'importo è di Euro 222,66.11.

11. SPECIALE ASSEGNO CONTINUATIVO MENSILE

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica: sostegno ai superstiti. L'assegno non è soggetto a tassazione IRPEF.

CONDIZIONI PER AVER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Decesso avvenuto per cause non dipendenti dall'infortunio sul lavoro o dalla malattia professionale del titolare della rendita

- con grado di inabilità permanente non inferiore al 65%.

Per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 la menomazione dell'integrità psicofisica per ottenere la prestazione deve essere:

- di grado non inferiore al 48%.

CHI HA DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Coniuge e figli a condizione che non percepiscano rendite, prestazioni economiche previdenziali o altri redditi (escluso il reddito della casa di abitazione) di importo pari o superiore a quello dell'assegno speciale.

CALCOLO DELL'ASSEGNO

Le misure percentuali che vengono applicate all'importo della Rendita Diretta percepita in vita dal titolare sono:

- 50% per il coniuge fino alla morte o al nuovo matrimonio;
- 20% a ciascun figlio:
 - fino al 18° anno di età, nessun requisito;
 - fino al 21° anno di età, frequenza di scuola media superiore, vivenza a carico e assenza di lavoro retribuito;
 - non oltre il 26° anno di età, frequenza di corso normale di laurea, vivenza a carico ed assenza di lavoro retribuito.
- 40% per ciascun figlio orfano di entrambi i genitori;
- 50% per ciascun figlio inabile, finché dura l'inabilità.

La somma globale degli assegni che spettano ai superstiti non può superare l'importo della rendita diretta. In caso contrario gli assegni vengono proporzionalmente adeguati.

Nel caso di redditi di importo inferiore all'assegno, l'INAIL corrisponde la differenza fra l'importo dei redditi e l'importo inizialmente calcolato.

L'assegno viene rivalutato annualmente, a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno, con apposito Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, di concerto con quelli dell'Economia e delle Finanze e della Salute, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

COME SI OTTIENE L'ASSEGNO

Presentando richiesta all'INAIL entro 180 giorni dalla data del decesso del lavoratore assicurato.

L'INAIL corrisponde direttamente l'assegno, nel caso in cui sia stata respinta la richiesta di rendita ai superstiti.

12. EROGAZIONE INTEGRATIVA DI FINE ANNO

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica. L'erogazione non è soggetta a tassazione IRPEF.

REQUISITI PER AV ER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- grado di inabilità per infortunio sul lavoro o malattia professionale compreso tra l'80% ed il 100% (grandi invalidi), valutata in base alle tabelle allegate al T.U. 1124/1965.

Per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denun-

ciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 il grado della menomazione dell'integrità psicofisica deve essere compreso tra il 60% ed il 100%, con riferimento alle tabelle di cui al Decreto Ministeriale pubblicato il 25 luglio 2000.

- reddito personale non superiore ai limiti che l'INAIL stabilisce ogni anno.

CHI HA DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- Grandi invalidi, per il 2007, *nella misura di* Euro **232,64** se usufruiscono dell'assegno per assistenza personale continuativa Euro **187,28** negli altri casi
- Figli di Grandi Invalidi di età non superiore ai 12 anni, per il 2007, ed indipendentemente dai limiti di reddito, nella misura di **Euro 54,68** ciascuno.

COME SI OTTIENE L'EROGAZIONE INTEGRATIVA

Nei mesi di novembre e dicembre di ogni anno l'INAIL comunica con lettera a tutti i Grandi Invalidi l'importo della erogazione integrativa ed i limiti di reddito stabiliti. Alla lettera è allegato uno schema di dichiarazione che l'assicurato deve riempire e restituire all'INAIL.

13. PROTESI E PRESID (Dispositivi tecnici)

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Sanitaria. La fornitura di *Dispositivi Tecnici (D.T.)* rientra in un programma di riabilitazione delle menomazioni che determinano la disabilità. Tale programma di riabilitazione può, nei casi che lo richiedono, costituire a sua volta, parte integrante di un progetto riabilitativo multidisciplinare.

La prestazione di assistenza protesica, il relativo programma riabilitativo nonché l'eventuale progetto multidisciplinare sono in ogni caso finalizzati al reinserimento familiare, sociale ed occupazionale del soggetto.

OGGETTO DELLA FORNITURA

- Dispositivi Tecnici compresi nel Nomenclatore Tariffario Nazionale (NTN);
- altri dispositivi tecnici non compresi nel NTN;
- altri dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

REQUISITI PER AVER DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Invalità conseguente ad infortunio sul lavoro o malattia professionale per la quale siano necessari dispositivi tecnici.

COME SI OTTIENE LA PRESTAZIONE

- il lavoratore invalido presenta richiesta all'unità territoriale INAIL di competenza;

- la procedura di concessione si articola in quattro fasi:
 - 1) Prescrizione da parte del medico
 - 2) Provvedimento autorizzativo da parte del funzionario amministrativo
 - 3) Fornitura per cui il lavoratore invalido può:
 - rivolgersi al Centro Protesi Inail di Vigorso di Budrio e alla sue filiali che garantiscono i migliori livelli qualitativi delle prestazioni;
 - scegliere come fornitrice una delle Ditte ortopediche indicate in apposito elenco;
 - 4) Collaudo (entro venti giorni dalla consegna del dispositivo).

Nei casi di infortunio e malattia professionale di particolare gravità e complessità viene attivata l'équipe multidisciplinare di sede - composta da un medico, da un assistente sociale, da un funzionario amministrativo e, se necessario, da eventuali altre professionalità - che opera la *presa in carico* del lavoratore infortunato e tecnopatico.

L'équipe multidisciplinare effettua una valutazione coordinata della situazione per definire congiuntamente gli interventi - sanitari, amministrativi, sociali e di reinserimento lavorativo - più idonei da predisporre, formulando, quindi, il progetto riabilitativo individualizzato.

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI CONCESSE

I livelli delle prestazioni concesse sono stati elevati in considerazione del massimo recupero delle capacità lese e del reintegro dell'assistito nella sua vita di relazione, attraverso un complesso di interventi unitari e coordinati in modo che la fornitura della prestazione tenga presente la persona nel suo complesso.

In tale ottica, accanto alla concessione di normali *protesi, ortesi e ausili*, l'INAIL interviene *previa valutazione e parere dell'équipe multidisciplinare* anche:

- nelle opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione;
- nel rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico;
- nella concessione di ausili informatici per facilitare l'autonomia del soggetto, le sue attività di comunicazione ed il suo reinserimento sociale e lavorativo;
- nella concessione di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

MANUTENZIONI E RIPARAZIONI

- Le riparazioni delle protesi e dei presidi sono a carico dell'unità territoriale competente dell'INAIL;
- la ordinaria manutenzione, le piccole riparazioni ed il rifornimento periodico degli elementi necessari al loro funzionamento sono a carico del lavoratore invalido.

RINNOVI DI PROTESI E PRESIDI

Dietro richiesta del lavoratore invalido alla unità territoriale competente dell'INAIL, il rinnovo è possibile quando:

- il dispositivo tecnico è ancora necessario;
- è trascorso il termine per il rinnovo indicato dall'INAIL;
- pur non essendo ancora trascorso il termine di rinnovo indicato dall'INAIL, ricorrono particolari condizioni di ambiente o di lavoro o fisiche che hanno determinato o una più rapida usura del dispositivo tecnico o nella non rispondenza dello stesso;
- la riparazione è impossibile o non è economicamente conveniente rispetto alla fornitura del dispositivo tecnico completo.

PRODUZIONE DI PROTESI

L'INAIL possiede un proprio centro per la produzione ed applicazione personalizzata di protesi e presidi:

CENTRO PROTESI INAIL - Via Rabuina - 40054 VIGORSO DI BUDRIO (Bologna) - tel. 051/6936111 - fax 051/802512

e-mail: centroprotesi-budrio@inail.it

Il Centro ha una propria Filiale a Roma: **CENTRO PROTESI filiale di Roma c/o casa di cura "Sacra Famiglia" L.go Ottorino Respighi, 6/7 - 00135 ROMA - tel. 06/54876100 /fax 06/54876199**

e-mail: centroprotesi-filialeroma@inail.it

È prevista l'apertura di una nuova filiale a Lamezia Terme.

Oltre al Centro Protesi di Vigorso di Budrio, che funge da laboratorio di sperimentazione, progettazione e verifica delle iniziative, l'INAIL sta creando una serie di iniziative sul versante della riabilitazione, intesa come processo finalizzato a migliorare le condizioni psico-fisiche della persona.

14. CURE TERMALI E SOGGIORNI CLIMATICI

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Economica (in qualità di rimborso) e sanitaria.

IN COSA CONSISTE LA PRESTAZIONE

- Rimborso SPESE di:
 - viaggio di andata e ritorno all'invalido e all'eventuale accompagnatore per l'effettuazione delle cure;
 - soggiorno in albergo convenzionato, anche per l'eventuale accompagnatore;
- pagamento dell'indennità per inabilità temporanea assoluta o integrazione della rendita diretta prevista solo in particolari casi di indifferibilità del trattamento termale. Gli importi relativi alla indennità o alla integrazione sono soggetti a tassazione IRPEF.

CHI HA DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- Titolari di indennizzo per infortunio o malattia professionale, per i quali non sia scaduto l'ultimo tempo di revisione e le cui menomazioni siano inquadrabili nelle patologie espressamente previste da apposito Decreto del Ministero della Salute.
- Titolari di indennizzo per silicosi o asbestosi senza limiti di tempo le cui menomazioni siano inquadrabili nelle patologie espressamente previste da apposito Decreto del Ministero della Salute.
La normativa contenuta nel citato Decreto Ministeriale non trova applicazione nel settore delle cure climatiche che possono essere erogate per casi di particolare gravità.

COME SI OTTIENE LA PRESTAZIONE

Presentando la domanda alla sede INAIL di appartenenza; il medico dell'INAIL esamina la domanda, individuando, in caso di concessione, la cura più adeguata al caso singolo.

Sono privilegiati i cicli di riabilitazione motoria e respiratoria.

NOTIZIE UTILI

- Le spese di viaggio e di soggiorno di coloro che "previa autorizzazione" accompagnano i titolari di assegno per assistenza personale continuativa ad effettuare le cure sono a carico dell'INAIL.
- Il medico dell'INAIL può stabilire la necessità di accompagnamento, per il solo viaggio o per il viaggio ed il soggiorno, anche a favore del lavoratore assicurato non titolare di assegno per assistenza personale continuativa
- Il ciclo di cura ha una durata di 15 giorni (12 di cure più 3 di viaggio); per i soggiorni climatici la durata è prevista nel limite massimo di 20 giorni.

15. BREVETTO E DISTINTIVO D'ONORE

NATURA DELLA PRESTAZIONE

REQUISITI PER AVERE DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- Essere Grande Invalido o Mutilato del lavoro;
- cittadinanza italiana;
- assenza di condanne penali di durata complessiva superiore a due anni.

IN COSA CONSISTE LA PRESTAZIONE

Brevetto e distintivo di:

- Grande Invalido, in caso di inabilità compresa tra l'80% ed il 100% valutata in base alle tabelle allegate al T.U. 1124/1965.
Per gli infortuni sul lavoro verificatisi e le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 la menomazione dell'integrità psicofisica per

ottenere la prestazione deve essere compresa tra il 60% ed il 100% con riferimento alle tabelle di cui al Decreto Ministeriale pubblicato il 25 luglio 2000.

- Mutilato del lavoro, in caso di inabilità compresa tra il 50% ed il 79% valutata in base alle tabelle allegate al T.U. 1124/1965.

Per gli infortuni sul lavoro verificatisi e le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 la menomazione dell'integrità psicofisica per ottenere la prestazione deve essere compresa tra il 35% ed il 59% con riferimento alle tabelle di cui al *decreto ministeriale* pubblicato il 25 luglio 2000.

Pagamento di una somma in denaro, per il 2008, pari a:

- Euro **151,33** per il Grande Invalido.
- Euro **113,34** per il Mutilato del Lavoro.

La prestazione viene fornita una sola volta ed è adeguata nei casi in cui:

- **un Mutilato del Lavoro diventi Grande Invalido.**

L'INAIL gli consegna il nuovo brevetto, il distintivo ed un assegno ad integrazione della differenza;

- **un Grande Invalido diventi Mutilato del lavoro.**

L'interessato dovrà richiedere la sostituzione di brevetto e distintivo, restituendo quelli che a suo tempo gli erano stati consegnati;

- **a seguito di revisione viene accertato un grado di inabilità inferiore al 50% e, per gli infortuni sul lavoro verificatisi e le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 un grado di menomazione dell'integrità psicofisica inferiore al 35%.**

L'interessato dovrà restituire il brevetto e il distintivo che a suo tempo gli erano stati consegnati.

COME SI OTTIENE LA PRESTAZIONE

In caso di mutilato del lavoro

Il lavoratore invalido deve presentare alla Sede dell'INAIL di appartenenza la seguente documentazione:

- domanda in cui dichiara di non aver ricevuto in precedenza la prestazione;
- certificato di cittadinanza italiana o autocertificazione sostitutiva;
- certificato penale di data non inferiore a tre mesi (per i nati dopo il 1920 il certificato può essere richiesto presso il luogo di residenza; per gli altri presso il luogo di nascita).

In caso di Grande Invalido

La sede INAIL acquisisce direttamente il certificato di cittadinanza italiana e, previo consenso del lavoratore invalido, il certificato penale.

In caso di morte del titolare della prestazione, i superstiti conviventi possono presentare domanda per ottenere:

- il distintivo: solo il coniuge;
- la prestazione economica:
 - il coniuge;

- in mancanza del coniuge, i figli;
- in mancanza del coniuge e dei figli, i genitori;
- in mancanza del coniuge, dei figli e dei genitori, i fratelli e le sorelle.

NOTIZIE UTILI

Ogni anno l'ANMIL, Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi del Lavoro, organizza insieme all'INAIL la *Giornata dell'Invalido e Mutilato del lavoro*. Le diverse cerimonie si svolgono a livello provinciale e, in occasione di queste celebrazioni, vengono consegnati brevetto, distintivo e prestazione economica.

16. CURE AMBULATORIALI PRESSO LE SEDI INAIL

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Sanitaria in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale.

In cosa consiste la prestazione

- accertamenti diagnostici;
- prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale in materia di:
 - ortopedia;
 - oculistica; - otoiatria;
 - neurologia; - chirurgia;
 - radiologia
 - siero profilassi e vaccinazione antitetanica.

CHI HA DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Tutti i lavoratori infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali.

- **In caso di visita al pronto soccorso:**

dopo aver ricevuto la prestazione al pronto soccorso stesso.

- **In caso di ricovero:**

dopo la dimissione ospedaliera.

DURATA

Per tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta.

16 BIS CURE AMBULATORIALI RIABILITATIVE PRESSO LE SEDI INAIL

NATURA DELLA PRESTAZIONE

Sanitaria, in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale.

IN COSA CONSISTE LA PRESTAZIONE

- accertamenti diagnostici;
- prestazioni specialistiche fisiatriche eseguibili a livello ambulatoriale in materia di riabilitazione finalizzate a migliorare le condizioni psico-fisiche della persona.

CHI HA DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Tutti i lavoratori infortunati sul lavoro o affetti da malattia professionale.

- **In caso di visita al pronto soccorso:** dopo aver ricevuto la prestazione al pronto soccorso stesso.
- **In caso di ricovero:** dopo la dimissione ospedaliera.

DURATA

Per tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta.

SEDI INAIL DOVE SI EFFETTUANO LE PRESTAZIONI RIABILITATIVE

PIEMONTE	Alessandria - Asti
LOMBARDIA	Brescia - Mantova
TOSCANA	CPDR Firenze
PUGLIA	CPDR Bari
SICILIA	Messina - Catania - Caltanissetta - Palermo
TOTALE ITALIA	10

Presso il Centro protesi di Budrio e la sua Filiale di Roma si effettua la riabilitazione pre e post-protetica agli infortunati sul lavoro e agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

È già operativo il:

CENTRO DI RIABILITAZIONE MOTORIA DI VOLTERRA:

accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale, eroga prestazioni sanitarie di riabilitazione intensiva in regime di ricovero, di *day hospital* e semiresidenziali sia agli infortunati sul lavoro che agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Centro è collocato all'interno dell'ospedale di Volterra.

Borgo San Lazzaro, 5 - 56048 VOLTERRA (PI)
tel. 0588/9841/98444 - fax 0588/98400 -
e-mail: riabilitazionemotoria@inail.it

17. ALTRI SERVIZI PER I DISABILI

SUPERABILE

Nel marzo 2002 è stato attivato il portale www.superabile.it, un sistema integrato di informazioni e consulenza per il mondo della disabilità. Il portale, aggiornato quotidianamente, fornisce approfondimenti e risposte tempestive ed esaurienti su ausili, riabilitazione e servizi tecnologici, mobilità, inserimento lavorativo, barriere architettoniche, domotica – l'impiego di elaboratori e di robot, dedicati all'automazione della casa – leggi, viaggi, sport e tempo libero. Il sito è in collegamento diretto con il portale INAIL. Il servizio è dotato anche di un call center: chiamando gratuitamente il numero verde 800 810 810, operatori specializzati forniscono informazioni generali e personalizzate per la soluzione dei maggiori problemi della vita quotidiana.

RIMBORSI SPESE ADATTAMENTI AUTOVETTURE

L'Istituto fornisce ai propri assistiti in possesso di una patente speciale per disabili, il rimborso delle spese sostenute per gli adattamenti previsti sulla patente stessa, da effettuare sulla propria autovettura oppure, nel caso di assistiti non muniti di patente speciale e/o non idonei alla guida, sull'autovettura di familiari che li abbia-no fiscalmente a carico. È possibile usufruire di questa agevolazione una volta ogni cinque anni, a meno che il veicolo non sia stato cancellato dal Pubblico Registro a seguito di furto o demolizione.

SERVIZIO DI CONSULENZA E FORNITURA AUSILI

Il Servizio svolge consulenza, personalizzazione e fornitura di ausili tecnici per la mobilità (carrozine, verticalizzatori, ecc.) ed ausili per la cura e l'igiene della persona.

Fornisce informazioni specialistiche sul tipo di dispositivo più idoneo ed effettua interventi personalizzati in relazione alle specifiche esigenze dell'utente, anche attraverso accessi domiciliari per i casi più complessi. Il Servizio cura l'addestramento dell'utente e dei suoi famigliari all'utilizzo di ausili particolari. Si occupa inoltre di consulenza e fornitura ausili informatici (periferiche, software e computer) e ausili domotici, cioè sistemi di automazione e controllo ambientale, quali ad esempio sistemi di controllo luci, porte, finestre, telefoni, apparecchi TV e telecomandi particolari.

CENTRO SERVIZI MOBILITÀ IN AUTO

Il Centro Servizi affronta globalmente l'aspetto della mobilità in auto e in moto. Si avvale di un team medico tecnico che fornisce ogni supporto nel percorso per il conseguimento delle patenti speciali A e B. Fornisce informazioni sulla

normativa di settore e sulle agevolazioni fiscali, offre consulenze personalizzate per la scelta e l'adattamento del veicolo, si occupa dell'addestramento all'uso di ausili per la guida, effettua valutazioni della capacità di guida, test e prove pratiche su veicoli multi adattati. Attraverso l'autofficina interna, installa gli ausili per la guida e per l'accesso alla vettura.

Contenzioso

- Il lavoratore che non ritiene fondato il rifiuto dell'INAIL di corrispondergli le prestazioni o che non concordi sulla loro misura, può presentare opposizione amministrativa, entro tre anni dal ricevimento del provvedimento contestato, seguendo le procedure di cui all'art. 104 del Testo Unico.
- Il procedimento amministrativo si esaurisce in 150 giorni oppure in 210 nel caso di revisione delle rendite ed è disciplinato dall'art. 111 del Testo Unico.
- Ricevuta la risposta alla sua opposizione, oppure non avendo ricevuto la risposta entro 60 giorni, l'assicurato che non ritiene ancora soddisfatto il suo diritto alle prestazioni può presentare ricorso giudiziario al giudice del lavoro.
- Il ricorso deve essere effettuato entro il termine di tre anni, decorrenti dal provvedimento dell'INAIL o, in mancanza, dallo scadere del 60° giorno successivo alla presentazione dell'opposizione altrimenti la relativa azione si prescrive insieme adiritto alle prestazioni.
- Per gli infortuni avvenuti in ambito domestico (assicurazione casalinghe), il ricorso si presenta al Comitato Amministratore dell'apposito Fondo Autonomo Speciale, entro 90 giorni dalla data di emanazione del provvedimento dell'INAIL, per il tramite della Sede che ha emesso il provvedimento stesso.
- In caso di decisione negativa del Comitato, o trascorsi 120 giorni dalla presentazione del ricorso senza aver ricevuto risposta, l'assicurato può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
- Per informazioni sulle azioni, loro modalità di svolgimento e prescrizione, è possibile rivolgersi alle Sedi INAIL oppure agli Istituti di Patronato che esercitano assistenza gratuita ai lavoratori.

Ministero del lavoro e della previdenza sociale

Decreto 9 aprile 2008

Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura (GU n. 169 del 21-7-2008)

Il ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il ministro della salute

Visti gli articoli 3 e 211 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124;

Visto l'art. 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, concernente «Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'art. 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144»;

Visto, in particolare, il comma 1 dell'art. 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, concernente la costituzione di una Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124;

Visto il comma 3 dell'art. 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, secondo cui alla modifica e all'integrazione delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni ed integrazioni, si fa luogo, su proposta della Commissione scientifica, con decreto del ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il ministro della salute, sentite le organizzazioni sindacali nazionali di categoria maggiormente rappresentative;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 13 aprile 1994, n. 336, recante: «Regolamento recante le nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura».

Viste le delibere n. 2 del 31 gennaio 2008 e n. 3 dell'8 febbraio 2008, adottate dalla Commissione scientifica per l'aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali di cui all'art. 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, citato;

Sentite le organizzazioni sindacali nazionali di categoria maggiormente rappresentative;

Vista la nota INAIL del 20 febbraio 2008, concernente la valutazione degli effetti finanziari della proposta modifica delle tabelle delle malattie professionali;

Ritenuto di dover procedere alla approvazione delle tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura;

Decreta

Art. 1.

Tabelle delle malattie professionali

Ai sensi dell'art. 10, comma 3, del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, la tabella delle malattie professionali nell'industria e la tabella delle malattie professionali nell'agricoltura, di cui agli articoli 3 e 211 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono modificate ed integrate secondo le tabelle allegate al presente decreto, di cui formano parte integrante.

Art. 2

Revisione delle tabelle

Alla revisione periodica, con cadenza annuale, delle tabelle di cui all'art. 1, si provvede ai sensi dell'art. 10, comma 3, del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, anche sulla base dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124.

Il presente decreto sarà inviato alla Corte dei conti per la registrazione, e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana ed entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione.

Roma, 9 aprile 2008

Il ministro della salute
Turco

Il ministro del lavoro
e della previdenza sociale
Damiano

NUOVA TABELLA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI NELL'INDUSTRIA DI CUI ALL' ART. 3
DEL D.P.R. 1124/1965 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI
(ALL. N. 4 al D.P.R. 1124/1965)

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
1) MALATTIE CAUSATE DA ANTIMONIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ANEMIA EMOLITICA (D59.8)	Lavorazioni che espongono a stibina.	1 anno
b) PNEUMOCONIOSI NON SCLEROGENA (J63.8)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'antimonio, leghe e composti.	10 anni
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ANTIMONIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
2) MALATTIE CAUSATE DA ARSENICO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ANEMIA EMOLITICA (D59.8)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'idrogeno arsenicale.	1 anno
b) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'arsenico, leghe e composti.	3 anni
c) DERMOPATIE:CHERATOSI PALMO PLANTARE (L85.1), ULCERE (L98.4), MELANODERMA (L 81.4)		3 anni
d) EPATOPATIA CRONICA (K71)		3 anni
e) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
f) EPITELIOMA CUTANEO (C44)		Illimitato
g) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ARSENICO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
3) MALATTIE CAUSATE DA BERILLIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) GRANULOMATOSI POLMONARE (BERILLIOSI) (J63.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del berillio, leghe e composti.	10 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) GRANULOMI CUTANEI (L92.3)		10 anni
d) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A BERILLIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
4) MALATTIE CAUSATE DA CADMIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J68.4)	Lavorazioni che espongono all'azione del cadmio, leghe e composti.	6 anni
b) NEFROPATIA TUBULARE (N14.3)		3 anni
c) OSTEOMALACIA (M83)		6 anni
d) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CADMIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche

5) MALATTIE CAUSATE DA CROMO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ULCERE E PERFORAZIONI DEL SETTO NASALE (J34.8)	Lavorazioni che espongono all'azione del cromo, leghe e composti.	3 anni
b) DERMATITE ULCERATIVA (L98.4)		3 anni
c) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23.0)		6 mesi
d) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
e) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono all'azione del cromo esavalente.	Illimitato
f) CARCINOMA DEI SENI PARANASALI (C31)	Lavorazioni che espongono all'azione del cromo leghe e composti.	Illimitato
g) CARCINOMA DELLE CAVITA' NASALI (C30)		Illimitato
h) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CROMO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
6) MALATTIE CAUSATE DA MANGANESE, LEGHE E COMPOSTI:		
a) PARKINSONISMO MANGANICO (G21)	Lavorazioni che espongono all'azione del manganese, leghe e composti.	10 anni
b) PSICOSINDROME ORGANICA (F07.9)		4 anni
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A MANGANESE, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni.
7) MALATTIE CAUSATE DA MERCURIO, AMALGAME E COMPOSTI:		
a) SINDROME CEREBELLARE-EXTRAPIRAMIDALE (tremore, atassia, diplopia) (T56.1)	Lavorazioni che espongono all'azione del mercurio, amalgame e composti.	4 anni
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		4 anni
c) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)		4 anni
d) NEFROPATIA (N14.3)		4 anni
e) GENGIIVOSTOMATITE (K05.1)		1 anno
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A MERCURIO, AMALGAME E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni
8) MALATTIE CAUSATE DA NICHEL, LEGHE E COMPOSTI:		
a) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23.0)	Lavorazioni che espongono all'azione del nichel, leghe e composti.	6 mesi
b) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
c) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
d) CARCINOMA DELLE CAVITÀ NASALI (C30)		Illimitato
e) CARCINOMA DEI SENI PARANASALI (C31)		Illimitato
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A NICHEL, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
9) MALATTIE CAUSATE DA OSMIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'osmio, leghe e composti.	6 mesi
b) CHERATOCONGIUNTIVITE (H16.2)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE ROFESSIONALE A OSMIO, LEGHE COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

10) MALATTIE CAUSATE DA PIOMBO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) NEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del piombo, leghe e composti.	4 anni
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		4 anni
c) NEFROPATIA (N14.3)		8 anni
d) ANEMIA SATURNINA (D64)		3 anni
e) COLICA SATURNINA (T56.0)		1 anno
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A PIOMBO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni
11) MALATTIE CAUSATE DA PIOMBO TETRAETILE E TETRAMETILE:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione del piombo tetraetile e tetrametile.	18 mesi
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A PIOMBO TETRAETILE E TETRAMETILE (ICD10 DA SPECIFICARE)		18 mesi
12) MALATTIE CAUSATE DA SELENIO, LEGHE E COMPOSTI		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione del selenio, leghe e composti.	6 mesi
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		18 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A SELENIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
13) MALATTIE CAUSATE DA STAGNO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) STANNOSI (J63.5)	Lavorazioni che espongono all'azione dello stagno, leghe e composti.	5 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A STAGNO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
14) MALATTIE CAUSATE DA TALLIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) NEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del tallio, leghe e composti.	3 anni
b) ALOPECIA (L63)		6 mesi
c) NEFROPATIA (N14.3)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A TALLIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
15) MALATTIE CAUSATE DA URANIO E COMPOSTI (effetti non radioattivi):		
a) NEFROPATIA TUBULARE (N14.3)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'uranio e composti.	3 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A URANIO E COMPOSTI (effetti non radioattivi). (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

16) MALATTIE CAUSATE DA VANADIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ASMA BRONCHIALE (J45)	Lavorazioni che espongono all'azione del vanadio, leghe e composti.	18 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A VANADIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
17) MALATTIE CAUSATE DA ZINCO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) PNEUMOCONIOSI BENIGNA (J63.0)	Lavorazioni che espongono all'azione dello stearato di zinco.	5 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ZINCO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione dello zinco leghe e composti.	3 anni
18) MALATTIE CAUSATE DA BROMO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione del bromo e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ACNE (L70.8)		6 mesi
d) BROMISMO (F13.2)		3 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A BROMO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
19) MALATTIE CAUSATE DA CLORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione del cloro e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ACNE (L70.8)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CLORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
20) MALATTIE CAUSATE DA IODIO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione dello iodio e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ACNE (L70.8)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IODIO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
21) MALATTIE CAUSATE DA FLUORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione del fluoro e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) OSTEOPOROSI (M85.1)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A FLUORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

22) MALATTIE CAUSATE DA OSSIDO DI CARBONIO:		
a) OSSICARBONISMO (T58)	<p>a) Lavorazioni inerenti alla produzione, distribuzione e trattamento industriale dell'ossido di carbonio e di miscele gassose contenenti ossido di carbonio.</p> <p>b) produzione di carbone da legna.</p> <p>c) condotta termica dei forni, delle fornaci, delle fucine e degli apparecchi a combustione in genere, ricottura e sinterizzazione dei metalli.</p> <p>d) seconda lavorazione del vetro.</p> <p>e) lavori di saldatura autogena e taglio dei metalli con arco elettrico e con fiamma ossidrica o ossiacetilenica.</p> <p>f) prova dei motori a combustione interna in ambienti chiusi.</p> <p>g) altre lavorazioni che espongono all'azione dell'ossido di carbonio, svolte in ambiente confinato.</p>	18 mesi
23) MALATTIE CAUSATE DA CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE:		
a) EDEMA POLMONARE TARDIVO (J68.1)	Lavorazioni che espongono all'azione del fosgene.	1 mese
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE (ICD10 DA SPECIFICARE)		18 mesi
24) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO:		
a) NECROSI DEL MASCELLARE (K10.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti inorganici del fosforo.	6 anni
b) ALVEOLITI DEL MASCELLARE (K10.3)		6 anni
c) EPATOPATIA TOSSICA (K71)		2 anni
d) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		3 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO (ICD10 DA SPECIFICARE)		6 anni
25) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO:		
a) POLINEUROPATIA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti organici del fosforo.	3 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

26) MALATTIE CAUSATE DA ACIDO SOLFORICO:		
a) BLEFAROCONGIUNTIVITE (H10.5)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'acido solforico.	1 anno
b) EROSIONI DENTARIE (K03.2)		1 anno
c) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J68.4)		6 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACIDO SOLFORICO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
27) MALATTIE CAUSATE DA SOLFURO DI CARBONIO:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione del solfuro di carbonio.	3 anni
b) POLINEUROPATIA (G62.2)		3 anni
c) VASCULOPATIA CORONARICA (I25.1)		4 anni
d) VASCULOPATIA CEREBRALE(I67.2)		8 anni
e) VASCULOPATIA ARTI INFERIORI (I70.2)		4 anni
f) NEFROANGIOSCLEROSI (I12.9)		4 anni
g) VASCULOPATIA RETINICA (I70.8)		4 anni
h) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A SOLFURO DI CARBONIO (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni
28) MALATTIE CAUSATE DA IDROGENO SOLFORATO:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'idrogeno solforato.	6 mesi
b) CONGIUNTIVITE (H10.4)		6 mesi
c) SINDROME NEUROASTENIFORME CON AMNESIA (F48.0)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IDROGENO SOLFORATO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
29) MALATTIE CAUSATE DA n-ESANO E ALTRI IDROCARBURI ALIFATICI LINEARI E CICLICI		
a) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del n-esano.	3 anni
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		3 anni
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione del butadiene e miscele che lo contengono.	6 mesi
d) TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO (C82-C96)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A n-ESANO E ALTRI IDROCARBURI ALIFATICI LINEARI E CICLICI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione del n-esano e altri idrocarburi alifatici lineari e ciclici.	3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
30) MALATTIE CAUSATE DA ETERE DI PETROLIO:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'etere di petrolio.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) NEFROPATIA (N14.4)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ETERE DI PETROLIO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

31) MALATTIE CAUSATE DA ACQUA RAGIA MINERALE (WHITE SPIRIT):		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'acqua ragia minerale.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) NEFROPATIA (N14.4)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACQUA RAGIA MINERALE (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
32) MALATTIE CAUSATE DA IDROCARBURI AROMATICI MONONUCLEARI:		
a) SINDROME EMOCITOPENICA (D61.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del benzene.	3 anni
b) LEUCEMIA MIELOIDE (prevalentemente mieloblastica acuta) (C92)		Illimitato
c) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione degli idrocarburi aromatici mononucleari.	3 anni
d) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IDROCARBURI AROMATICI MONONUCLEARI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
33) MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE A IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI:		
a) TUMORE DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici comprese: a) produzione di gas dal carbone. b) produzione di coke. c) produzione dell'alluminio. d) fusione del ferro e dell'acciaio. Lavorazioni che espongono a: e) fuliggine. f) peci di catrame di carbone. g) catrame di carbon fossile.	Illimitato
b) EPITELIOMA CUTANEO (C44)	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici comprese: a) produzione ed impiego di pece, catrame e catrame di carbone. b) produzione del coke. c) produzione del gas dal carbone. Lavorazioni che espongono a: d) fuliggine. e) olii di schisti bituminosi. f) olii minerali non trattati o blandamente trattati.	Illimitato
c) TUMORE DELLA VESCICA (C67)	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici comprese: a) Produzione dell'alluminio con processo Sodeberg. b) Produzione ed impiego di pece. c) Produzione di gas dal carbone.	Illimitato
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (ICD10 DA SPECIFICARE).	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici.	3 anni. 6 mesi in caso di dermatiti. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche.

34) MALATTIE CAUSATE DAL CLORURO DI VINILE:		
a) ACROOSTEOLISI FALANGI UNGUEALI DELLE MANI E DEI PIEDI (M89.5)	Lavorazioni che espongono all'azione del cloruro di vinile.	3 anni
b) SINDROME RAYNAUD-SIMILE DELLE MANI E DEI PIEDI (I73.0)		3 anni
c) EPATOPATIA FIBROTICA (K71.7)		10 anni
d) ANGIOSARCOMA EPATICO (C22.3)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CLORURO DI VINILE (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
35) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI (escluso il cloruro di vinile)		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G 92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi alifatici saturi e non saturi, ciclici e non ciclici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) EPATOPATIA TOSSICA (K71)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
36) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI AROMATICI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi aromatici.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) EMOPATIA DA METAEMOGLOBINEMIA (D58.2)		1 anno
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI AROMATICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
37) MALATTIE CAUSATE DA TERPENI:		
a) ASMA BRONCHIALE (J45.0)	Lavorazioni che espongono all'azione di essenza di trementina, limonene e altri terpeni.	18 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A TERPENI (ICD10 DA SPECIFICARE)		18 mesi
38) MALATTIE CAUSATE DA AMINE ALIFATICHE E DERIVATI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine alifatiche e derivati.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
d) LESIONI CORNEALI (H16)	Lavorazioni che espongono all'azione della metilamina.	6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AMINE ALIFATICHE E DERIVATI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine alifatiche e derivati.	3 anni

39) MALATTIE CAUSATE DA AMINE AROMATICHE E DERIVATI:		
a) EMOPATIA DA METAEMOGLOBINEMIA (D58.2)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine aromatiche e derivati.	1 anno
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
d) TUMORI DELLA VESCICA (C67)	Lavorazioni che espongono alla azione delle amine aromatiche cancerogene comprese: benzidina, 4-aminodifenile, beta-naftilamina, e alla produzione ed impiego di auramina, di magenta, di safranina.	Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AMINE AROMATICHE E DERIVATI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine aromatiche e derivati.	3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
40) MALATTIE CAUSATE DA AMMIDI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono alle ammidi.	6 mesi
b) NEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)		3 anni
c) EPATOPATIA TOSSICA (K71)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AMMIDI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
41) MALATTIE CAUSATE DA ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI, ISOCIANATI:		
a) ASMA BRONCHIALE (J45.0)	Lavorazioni che espongono all'azione degli isocianati e resine poliuretatiche.	18 mesi
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'acido cianidrico, cianuri, nitrili, isocianati e resine poliuretatiche.	6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI, ISOCIANATI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
42) MALATTIE CAUSATE DA CHETONI E DERIVATI ALOGENATI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei chetoni e derivati alogenati.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CHETONI E DERIVATI ALOGENATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
43) MALATTIE CAUSATE DA ALDEIDI E DERIVATI:		
a) TUMORI DEL NASOFARINGE (C11)	Lavorazioni che espongono a formaldeide.	Illimitato
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione di aldeidi e derivati.	6 mesi
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) TRACHEOBRONCHITE (J 42)		6 mesi
e) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ALDEIDI E DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
44) MALATTIE CAUSATE DA CHINONI E DERIVATI		
a) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione di chinoni e derivati.	6 mesi
b) CHERATITE (H16)		1 anno
c) LEUCODERMIA (VITILIGO) (L81.5)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CHINONI E DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

45) MALATTIE CAUSATE DA ALCOLI, TIOLI E DERIVATI ALIFATICI E AROMATICI		
a) NEURITE OTTICA (H46)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'alcol metilico.	1 anno
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione di alcoli, tioli e derivati alifatici e aromatici.	6 mesi
c) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
d) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		3 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ALCOLI, TIOLI E DERIVATI ALIFATICI E AROMATICI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
46) MALATTIE NEOPLASTICHE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PER LA PRODUZIONE DI ALCOL ISOPROPILICO:		
a) TUMORI DELLE CAVITA' NASALI (C30)	Lavorazioni che espongono alla produzione di alcol isopropilico con il processo dell'acido forte.	Illimitato
b) TUMORI DEI SENI PARANASALI (C31)		Illimitato
47) MALATTIE CAUSATE DA ETERI E LORO DERIVATI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione di eteri e loro derivati.	3 anni
b) TUMORI DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono a bisclorometilene e clorometilene.	Illimitato
c) TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO (C82-C96)	Lavorazioni che espongono ad ossido di etilene.	Illimitato
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALL'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ETERI E LORO DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione di eteri e loro derivati.	3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
48) MALATTIE CAUSATE DA ACIDO CARBAMMICO, ACIDO TIOCARBAMMICO, CARBAMMATI, TIOCARBAMMATI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione di acido carbammico, carbammati, tiocarbammati.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACIDO CARBAMMICO, TIOCARBAMMICO, CARBAMMATI, TIOCARBAMMATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
49) MALATTIE CAUSATE DA ESTERI ORGANICI E DERIVATI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione di esteri organici e derivati.	3 anni
b) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ESTERI ORGANICI E DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

50) MALATTIE CAUSATE DA ESTERI ORGANICI DELL'ACIDO NITRICO:		
a) CRISI ANGINOSE (I20)	Lavorazioni che espongono all'azione del nitroglicole.	6 mesi
b) CEFALEA VASCOLARE (G44.1)	Lavorazioni che espongono all'azione di esteri organici dell'acido nitrico.	6 mesi
c) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ESTERI ORGANICI DELL' ACIDO NITRICO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
51) ASMA BRONCHIALE (J45.0) CON LE SUE CONSEGUENZE DIRETTE CAUSATO DAI SEGUENTI AGENTI NON COMPRESI IN ALTRE VOCI:		
a) Polveri e farine di cereali	Trasporto, immagazzinamento e lavorazioni che espongono a polveri e/o farine di cereali.	18 mesi
b) Semi di soia, ricino, caffè verde, carrube	Trasporto, immagazzinamento e utilizzo dei semi di soia, ricino, caffè verde, carrube.	
c) Polveri di legno	Lavorazioni che espongono a polveri di legno allergizzanti.	
d) Enzimi	Lavorazioni che espongono agli enzimi papaina, pepsina, bromelina, pancreatina, subtilisina, tripsina, amilasi.	
e) Lattice	Produzione ed utilizzo di articoli in lattice.	
f) Gomma Arabica	Lavorazioni che espongono alla gomma arabica comprese quelle della industria farmaceutica, dolciaria, cosmetica, tipografica.	
g) Derivati animali: dermici (forfora, peli, piume), liquidi biologici (sangue e urine), escrementi	Allevamento, addestramento, accudienza e custodia di animali. Attività veterinaria. Attività di laboratorio che espongono a derivati animali. Concerie e pelliccerie. Macellazione. Altre lavorazioni che espongono a derivati animali.	
h) Acari (delle derrate e del pollame)	Allevamento e macellazione aviaria, produzione latte-casearia.	
i) Miceti	Lavorazioni che espongono a miceti comprese quelle del legno, delle granaglie, di prodotti alimentari.	
l) Prepolimeri, Oligomeri, catalizzatori della polimerizzazione di resine sintetiche	Produzione ed impiego di resine sintetiche.	
m) Metalli (platino, cobalto, palladio)	Lavorazioni che espongono a platino, cobalto, palladio e composti.	
n) Colofonia	Lavorazioni che espongono a colofonia compresa la microsaldatura e quelle dell' industria dei fiammiferi, della produzione ed impiego di vernici, di colle per carta, di mastice, di gomma.	
o) Persolfati	Lavorazioni che espongono a persolfati comprese quelle dell'industria alimentare, farmaceutica e cosmetica. Produzione ed impiego di agenti sbiancanti.	
p) Farmaci	Esposizione a farmaci (compresi i principi attivi e gli intermedi) ad azione allergizzante nell'industria farmaceutica e nelle attività sanitarie e veterinarie. Produzione ed impiego di mangimi additivati con farmaci.	
q) Anidridi (ftalica, maleica, trimellitica)	Lavorazioni che espongono alle anidridi ftalica, maleica, trimellitica.	

52) ALVEOLITE ALLERGICA ESTRINSECA CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA (J67) CAUSATA DA:			
a) Actinomiceti termofili	Lavorazioni che espongono ad actinomiceti termofili e miceti, compresa la produzione di carta e cartone, la manutenzione impianti di areazione, la produzione di birra e malto, la produzione di manufatti in legno, la produzione manufatti in sughero, le lavorazioni casearie, la manipolazione e stoccaggio di granaglie, la produzione di zucchero di canna.	3 anni	
b) Miceti (aspergilli, penicilli, altri)			
c) Derivati proteici animali			Lavorazioni che espongono a derivati proteici animali comprese l'allevamento e la stabulazione di animali.
d) Altri agenti di natura chimica e vegetale che possono causare la alveolite allergica estrinseca			Lavorazioni che espongono ad altri agenti di natura chimica e vegetale che possono causare la alveolite allergica estrinseca.
53) ANTRACOSI (J60)			
	Lavorazioni che espongono a polvere di carbone.	5 anni	
54) BARITOSI (J63.8)			
	Lavorazioni che espongono a polvere di bario (barite e simili).	5 anni	
55) SIDEROSI (J63.4)			
	Lavorazioni che espongono alla inalazione di ossidi di ferro, molitura, rettificazione di ferro o acciaio.	5 anni	
56) PNEUMOCONIOSI DA POLVERI DI PIETRA POMICE (LIPAROSI) (J62.8)			
	Estrazione, trattamento, lavorazione e utilizzo della pomice.	20 anni	
57) MALATTIE DA ASBESTO (esclusa l'asbestosi):			
a) PLACCHE E ISPESSENTI PLEURICI CON O SENZA ATELETTASIA ROTONDA (J92)	Lavorazioni che espongono all'azione delle fibre di asbesto.	Illimitato	
b) MESOTELIOMA PLEURICO (C45.0)			
c) MESOTELIOMA PERICARDICO (C45.2)			
d) MESOTELIOMA PERITONEALE (C45.1)			
e) MESOTELIOMA DELLA TUNICA VAGINALE E DEL TESTICOLO (C45.7)			
f) CARCINOMA POLMONARE (C34)			
58) MALATTIE DA ERIONITE:			
a) PLACCHE E ISPESSENTI PLEURICI (J92)	Estrazione e utilizzazione dell'erionite.	Illimitato	
b) MESOTELIOMA PLEURICO (C45.0)		Illimitato	
c) MESOTELIOMA PERITONEALE (C45.1)		Illimitato	
59) PNEUMOCONIOSI DA TALCO (TALCOSI) (J62.0)			
	Estrazione e utilizzazione del talco.	20 anni	

60) PNEUMOCONIOSI DA MICA (J63.8)		
	Estrazione e utilizzazione della mica.	20 anni
61) PNEUMOCONIOSI DA CAOLINO (J63.8)		
	Estrazione e utilizzazione del caolino.	20 anni
62) PNEUMOCONIOSI DA POLVERI DI SILICATI DEL TIPO ARGILLE (J63.8)		
	Produzione e utilizzo di terre di follone, bentonite, attapulгите.	20 anni
63) MALATTIE CAUSATE DA POLVERI E FUMI DI ALLUMINIO:		
a) FIBROSI POLMONARE DA POLVERI DI ALLUMINIO (J68.4)	Fabbricazione degli esplosivi con fini polveri di alluminio (polveri "piro").	20 anni
b) PNEUMOCONIOSI BENIGNA (ALLUMINOSI) (J63.0)	Lavorazioni che espongono a polveri e fumi di alluminio.	5 anni
64) MALATTIE CAUSATE DA METALLI DURI (CARBURI METALLICI SINTERIZZATI)		
a) FIBROSI POLMONARE (J68.4)	a) Produzione di oggetti in metallo duro (utensili e mole diamantate). b) Fabbricazione di manufatti metallo-ceramici. c) Affilatura di utensili in metallo duro. d) Manipolazione di materiali in polvere prima della sinterizzazione.	20 anni
65) BISSINOSI (J66.0)		
	Lavorazione delle fibre tessili vegetali allo stato grezzo nelle prime fasi della lavorazione (apertura, mischia, battitura, cardatura).	3 anni
66) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J44)		
	a) Lavorazioni di scavo e smarino nel sottosuolo. b) Produzione di soda, potassa caustica, calce viva. c) Insaccamento e travaso del cemento sfuso. d) Estrazione, scavo e trattamento meccanico di rocce silicatiche, calcari e dolomie. e) Lavorazioni dell'industria marmifera, del cemento, dei refrattari, della carta, della gomma, delle smalterie e della calce. f) Lavorazioni che espongono a polveri di feldspati, di cemento, di calcari, dolomie e di altri silicati naturali e artificiali. g) Fusione artigianale e artistica del vetro. h) Lavorazioni che espongono all'ammoniaca. i) Lavorazioni che espongono all'acido nitrico. l) Lavorazioni che espongono all'anidride solforosa. m) Lavorazioni che espongono ad acidi organici, tioacidi, anidridi e loro derivati. n) Lavorazioni che espongono ad ossidi di azoto. o) Lavorazioni industriali che espongono all'ozono. p) Saldatura elettrica, saldatura e taglio all'ossiacetilene.	6 anni

67) MALATTIE NEOPLASTICHE CAUSATE DA POLVERI DI LEGNO DURO:		
a) TUMORI DELLE CAVITA' NASALI (C30)	Lavorazioni che espongono a polveri di legno	Illimitato
b) TUMORI DEI SENI PARANASALI (C31)	duro.	Illimitato
68) MALATTIE NEOPLASTICHE CAUSATE DA POLVERI DI CUOIO:		
a) TUMORI DELLE CAVITA' NASALI (C30)	Lavorazioni che espongono a polveri di cuoio.	Illimitato
b) TUMORI DEI SENI PARANASALI (C31)		Illimitato
69) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23) CAUSATA DA AGENTI NON COMPRESI IN ALTRE VOCI:		
a) Cemento	Lavori che espongono a cemento.	6 mesi
b) Metalli non compresi in altre voci (cobalto, oro, rame)	Lavorazioni che espongono a cobalto, oro, rame, loro leghe e composti.	
c) Resine naturali (colofonia, gommalacca, lattice, essenza di trementina)	Lavorazioni che espongono a resine naturali e utilizzo di guanti o altri presidi in lattice.	
d) Resine artificiali (epossidiche, fenoliche, fenolformaldeidiche, acriliche, melaminiche)	Produzione e utilizzo di resine artificiali.	
e) Perossido di benzoile	Lavorazioni che espongono a perossido di benzoile.	
f) Glicole etilenico e propilenico	Lavorazioni che espongono a glicoli (etilenico e propilenico).	
g) Idrazine	Lavorazioni che espongono a idrazine.	
h) Coloranti organici e tinture a base di parafenilendiamina, paratoluendiamina, para-aminofenolo	Lavorazioni che comportano l'utilizzo di coloranti - tinture a base di parafenilendiamina, paratoluendiamina, para-aminofenolo.	
i) Additivi della gomma (ditiocarbammati, mercaptobenzotiazolo, tiurami, esametilentetramina, difenilguanidina, parafenilendiamina e suoi derivati)	Produzione e utilizzo di manufatti in gomma.	
l) Disinfettanti e detergenti	Lavorazioni che espongono a disinfettanti e detergenti.	
m) Chemioterapici, antibiotici	Manipolazione di chemioterapici, antibiotici compresa l'attività degli operatori sanitari.	
n) Derivati di piante e fiori ad azione allergizzante	Lavori che espongono a derivati di piante e fiori.	
o) Fluidi lubrorefrigeranti	Lavorazioni che espongono a fluidi lubrorefrigeranti.	
p) Altri agenti cutisensibilizzanti	Lavorazioni che espongono ad altri agenti cutisensibilizzanti.	
70) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24) CAUSATA DA AGENTI NON COMPRESI IN ALTRE VOCI:		
	Lavorazioni che espongono ad agenti chimici ossidanti, disidratanti, precipitanti, cheratolitici, cheratogenici, delipidizzanti; ad agenti urticanti di origine vegetale o animale; a microtraumatismi.	6 mesi
71) DERMATITE FOLLICOLARE DA OLII MINERALI (L24.1)		
	Lavorazioni che espongono a olii minerali.	6 mesi
72) CLORACNE (L70.8)		
	Lavorazioni che espongono all'azione di composti aromatici alogenati (diossine, cloronaftaline e difenili-policlorurati).	1 anno

73) DERMATITE IRRITATIVA O MISTA DA FIBRE DI VETRO (L24)		
	Lavorazioni che espongono a fibre di vetro.	6 mesi
74) DERMATITE IRRITATIVA O MISTA DA MALTA CEMENTIZIA E CALCESTRUZZO (L24)		
	Lavorazioni che espongono a malta cementizia e calcestruzzo.	6 mesi
75) IPOACUSIA DA RUMORE (H83.3)		
	<p>Lavorazioni che espongono a rumore in assenza di efficace isolamento acustico.</p> <p>a) martellatura, cianfrinatura, scriccatura, molatura ed aggiustaggio nella costruzione di caldaie, serbatoi e tubi metallici.</p> <p>b) picchettaggio e disincrostazione di contenitori metallici: vasche, cisterne, serbatoi, gasometri.</p> <p>c) martellatura, molatura, ribattitura di materiali metallici (lamiere, chiodi, altri).</p> <p>d) punzonatura o tranciatura alle presse di materiali metallici.</p> <p>e) prova al banco dei motori a combustione interna.</p> <p>f) prova dei motori a reazione e a turboelica.</p> <p>g) frantumazione o macinazione ai frantoi, molini e macchine a pestelli di: minerali o rocce, clincker per la produzione di cemento, resine sintetiche per la loro riutilizzazione.</p> <p>h) fabbricazioni alle presse di chiodi, viti e bulloni.</p> <p>i) filatura, torcitura e ritorcitura di filati; tessitura ai telai a navetta</p> <p>j) taglio di marmi o pietre ornamentali con dischi di acciaio o con telaio multilame.</p> <p>k) perforazioni con martelli pneumatici.</p> <p>l) avvitatura con avvitatori pneumatici a percussione.</p> <p>m) conduzioni di forni elettrici ad arco.</p> <p>n) formatura e distaffatura in fonderia con macchine vibranti.</p> <p>o) sbavatura in fonderia con mole.</p> <p>p) formatura di materiale metallico, mediante fucinatura e stampaggio.</p> <p>q) lavorazione meccanica del legno con impiego di seghe circolari, seghe a nastro, piallatrici e toupies.</p> <p>r) lavori in galleria con mezzi meccanici ad aria compressa.</p> <p>s) stampaggio di vetro cavo.</p> <p>t) prova di armi da fuoco.</p> <p>u) conduzioni delle riempitrici automatiche per l'imbottigliamento in vetro o l'imbarattolamento in metallo.</p> <p>v) addetti alla conduzione dei motori in sala macchine a bordo delle navi.</p> <p>w) Altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano una esposizione personale, giornaliera o settimanale, a livelli di rumore superiori a 80 dB(A).</p>	4 anni

76) MALATTIE CAUSATE DA VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO:		
a) SINDROME DI RAYNAUD SECONDARIA dita mani (I73.01)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano l'impiego di utensili, attrezzature, macchine ed apparecchi che trasmettono vibrazioni al sistema mano-braccio.	1 anno
b) OSTEOARTROPATIE (POLSO, GOMITO, SPALLA) (M19.2)		4 anni
c) NEUROPATIE PERIFERICHE (n.mediano e ulnare) (G56.0)		4 anni
77) ERNIA DISCALE LOMBARE (M51.2)		
	a) Lavorazioni svolte in modo non occasionale con macchine che espongono a vibrazioni trasmesse al corpo intero: macchine movimentazione materiali vari, trattori, gru portuali, carrelli sollevatori (muletti), imbarcazioni per pesca professionale costiera e d'altura. b) Lavorazioni di movimentazione manuale dei carichi svolte in modo non occasionale in assenza di ausili efficaci.	1 anno
78) MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELL'ARTO SUPERIORE:		
a) TENDINITE DEL SOVRASPINOSO (M75.1)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano a carico della spalla movimenti ripetuti, mantenimento prolungato di posture incongrue.	2 anni
b) TENDINITE DEL CAPOLUNGO BICIPITE (M75.2)		2 anni
c) TENDINITE CALCIFICA (MORBO DI DUPLAY) (M75.3)		4 anni
d) BORSITE (M75.5)		2 anni
e) EPICONDILITE (M77.0)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti dell'avambraccio, e/o azioni di presa della mano con uso di forza.	2 anni
f) EPITROCLEITE (M77.1)		2 anni
g) BORSITE OLECRANICA (M70.2)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano un appoggio prolungato sulla faccia posteriore del gomito.	2 anni
h) TENDINITI E PERITENDINITI FLESSORI/ESTENSORI (POLSO-DITA) (M65.8)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti e/o azioni di presa e/o posture incongrue della mano e delle singole dita.	1 anno
i) SINDROME DI DE QUERVAIN (M65.4)		1 anno
l) SINDROME DEL TUNNEL CARPALE (G56.0) ALTRE	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti o prolungati del polso o di prensione della mano, mantenimento di posture incongrue, compressione prolungata o impatti ripetuti sulla regione del carpo.	2 anni
79) MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL GINOCCHIO:		
a) BORSITE (M70.4)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, con appoggio prolungato sul ginocchio.	2 anni
b) TENDINOPATIA DEL QUADRIPITE FEMORALE (M76.8)	Lavorazioni svolte in modo non occasionale con movimenti ripetuti di estensione o flessione del ginocchio e/o mantenimento di posture incongrue.	2 anni
c) MENISGOPATIA DEGENERATIVA (M23.3)		2 anni

80) MALATTIE CAUSATE DA LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE:		
a) OTOPATIE BAROTRAUMATICHE (T70.0)	Lavori subacquei ed in camere iperbariche.	3 anni
b) SINUSOPATIE BAROTRAUMATICHE (T70.1)		3 anni
c) OSTEOARTROPATIE (MALATTIA DEI CASSONI, MALATTIA DEI PALOMBARI) (M90.3)		10 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
81) MALATTIE CAUSATE DA RADIAZIONI IONIZZANTI:		
a) RADIODERMITE (L58)	Lavorazioni che espongono alle radiazioni ionizzanti.	1 anno
b) OPACITA' DEL CRISTALLINO (H26.9)		2 anni
c) SINDROME EMOCITOPENICA (D61.2)		5 anni
d) TUMORI SOLIDI (C97)		Illimitato
e) TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO (C96.9)		Illimitato
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A RADIAZIONI IONIZZANTI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		5 anni
82) MALATTIE CAUSATE DA RADIAZIONE LASER:		
a) LESIONI RETINICHE (H35.9)	Lavorazioni che comportano l'esposizione a radiazione laser.	2 anni
b) LESIONI DELLA CORNEA (H18.9)		2 anni
c) OPACITA' DEL CRISTALLINO (H26.9)		2 anni
d) OPACITA' DEL CORPO VITREO (H43.3)		2 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A RADIAZIONI LASER (ICD-10 DA SPECIFICARE)		2 anni
83) MALATTIE CAUSATE DALLE RADIAZIONI INFRAROSSE:		
a) OPACITA' DEL CRISTALLINO (H26.9)	Lavorazioni di fusione del vetro e dei metalli.	2 anni
b) ERITEMA PERMANENTE (L59.0)	Lavorazioni su masse incandescenti.	2 anni
84) MALATTIE CAUSATE DALLE RADIAZIONI U.V. COMPRESSE LE RADIAZIONI SOLARI:		
a) CHERATOSI ATTINICHE (L57.0)	Lavorazioni che espongono alle radiazioni UV. Lavorazioni che espongono alle radiazioni solari presso stabilimenti balneari, a bordo di navi, in cantieri di edilizia stradale, in cave e miniere a cielo aperto.	2 anni
b) EPITELIOMI CUTANEI DELLE SEDI FOTOESPOSTE (C44)		Illimitato
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ALLE RADIAZIONI U.V. COMPRESSE LE RADIAZIONI SOLARI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		2 anni Illimitato in caso di malattie neoplastiche
85) MALATTIE CAUSATE DALL'ANCYLOSTOMA DUODENALIS:		
a) ANCHILOSTOMIASI (B76.0)	Lavori di scavo e di bonifica in terreni irrigui e argillosi. Manutenzione degli impianti fognari e di depurazione delle acque di scarico.	3 anni

NUOVA TABELLA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI NELL'AGRICOLTURA DI CUI
ALL'ART. 211 DEL D.P.R. 1124/1965 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI
(ALL. N. 5 AL D.P.R. 1124/1965)

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
1) MALATTIE DA ARSENICO E COMPOSTI:		
a) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono ad arsenico e composti.	Illimitato
b) EPITELIOMI CUTANEI (C44)		Illimitato
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ARSENICO E COMPOSTI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di malattie neoplastiche
2) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO:		
a) EPATOPATIA TOSSICA (K71)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti inorganici del fosforo.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
3) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO:		
a) POLINEUROPATIA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti organici del fosforo.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
4) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI ALOGENATI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati alogenati degli idrocarburi alifatici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI ALOGENATI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
5) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DEL BENZENE ED OMOLOGHI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati del benzene ed omologhi.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI DEL BENZENE ED OMOLOGHI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
6) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI DEL RAME:		
a) PNEUMOPATIA GRANULOMATOSA (I70)	Lavorazioni che espongono all'azione di composti del rame.	3 anni
b) EPATOPATIA GRANULOMATOSA (K 71.8)		3 anni
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI DEL RAME (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
7) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DELL'ACIDO CARBAMMICO E TIOCARBAMMICO:		
a) SINDROME PARKINSONIANA (G21)	Lavorazioni che espongono all'azione del etilenbisdiocarbammato di manganese.	10 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati dell'acido carbammico e tiocarbammico.	6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ALL'ACIDO CARBAMMICO E TIOCARBAMMICO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
8) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI ORGANICI DELLO STAGNO:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti organici dello stagno.	3 anni
b) EPATOPATIA GRANULOMATOSA (K 71.8)		3 anni
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI ORGANICI DELLO STAGNO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
9) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DELL'ACIDO FTALICO E FTALIMIDE:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati dell'acido ftalico e della ftalimide.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI DELL'ACIDO FTALICO E FTALIMIDE (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
10) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DEL DIPIRIDILE:		
a) FIBROSI POLMONARE (J68.4)	Lavorazioni che espongono all'azione del paraquat.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati del dipiridile.	6 mesi
c) NEFROPATIA TOSSICA (N14.4)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI DEL DIPIRIDILE (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
11) MALATTIE DA FORMALDEIDE:		
a) ASMA BRONCHIALE ALLERGICO (J45.0)	Lavorazioni di disinfezione in zootecnia che espongono a formaldeide.	18 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
12) MALATTIE CAUSATE DA ZOLFO E ANIDRIDE SOLFOROSA:		
a) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J44)	Lavorazioni che espongono all'azione dello zolfo e dell'anidride solforosa.	6 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ZOLFO E ANIDRIDE SOLFOROSA (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
13) MALATTIE CAUSATE DA OLII MINERALI:		
a) DERMATITE FOLLICOLARE (L24.1)	Lavorazioni che espongono all'azione degli olii minerali.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD OLII MINERALI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		6 mesi. Illimitato in caso di malattie neoplastiche
14) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23) CAUSATA DA:		
a) derivati degli arilsolfoni	Lavorazioni che espongono ad arilsolfoni.	6 mesi
b) derivati delle diazine e delle triazine	Lavorazioni che espongono a diazine e triazine.	
c) composti azotati	Lavorazioni che espongono a composti azotati.	
d) cianocomposti	Lavorazioni che espongono a cianocomposti.	
e) chinoni	Lavorazioni che espongono a chinoni.	
f) additivi per mangimi: antibiotici, sulfamidici, antielmintici	Lavorazioni che espongono ad additivi per mangimi in zootecnia.	
g) conservanti, stabilizzanti ed emulsionanti per mangimi	Lavorazioni che espongono a conservanti, stabilizzanti ed emulsificanti per mangimi in zootecnia (acido etilendiaminotetracetico, potassio meta bisolfito, glicole polietilenico, altri).	
h) cera d'api, propoli	Lavorazioni di apicoltura.	
i) derivati di piante e fiori (primula, crisantemi, gerani, tulipani)	Lavorazioni di floricoltura.	
l) composti organici di origine vegetale (piretroidi, rotenone, benzoato di benzile)	Lavorazioni che espongono a piretroidi, rotenone, benzoato di benzile.	

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
15) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24) CAUSATA DA:		
a) polisolfuro di calcio o di sodio	Lavorazioni che espongono a polisolfuro di calcio o di sodio.	6 mesi
b) derivati clorurati dell'acido benzoico	Lavorazioni che espongono a acido diclorometossibenzoico.	
c) composti azotati	Lavorazioni che espongono a composti azotati.	
16) CLORACNE (L70.8) CAUSATA DA:		
a) derivati clorurati del fenolo e omologhi	Lavorazioni che espongono a derivati clorurati del fenolo e omologhi.	1 anno
b) derivati clorurati dei composti ammidici (3,4-diclorofenilpropionamide)	Lavorazioni che espongono a derivati clorurati dei composti ammidici (3,4-diclorofenilpropionamide).	
c) fenossi derivati	Lavorazioni che espongono a fenossi derivati.	
17) ASMA BRONCHIALE (J45.0) CAUSATO DA:		
a) Polveri di granaglie	Lavorazioni che espongono a polveri di granaglie compreso l'immagazzinamento e la molitura dei cereali.	18 mesi
b) Semi di cotone, lino, soia, ricino, girasole	Lavorazioni che espongono a semi di cotone, lino, soia, ricino, girasole compresa la raccolta e l'immagazzinamento di semi.	
c) Pollini da coltivazioni di graminacee, oleacee composite (girasole)	Lavorazioni che espongono a pollini da coltivazioni di graminacee, oleacee composite comprese le coltivazioni di cereali, dell'olivo e del girasole.	
d) Spore fungine (alternaria, cladosporium, aspergilli, penicilli)	Lavorazioni che espongono a alternaria, cladosporium, aspergilli, penicilli.	
e) Acari (del pollame e delle derrate)	Allevamento di pollame. Produzione latte-casearia.	
f) Derivati dermici (forfora, peli, piume), deiezioni animali	Allevamento di animali.	
18) ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA (J67) CAUSATE DA:		
a) Spore di actinomiceti termofili	Lavorazioni che espongono ad actinomiceti termofili.	3 anni
b) Miceti (aspergilli, penicilli, altri)	Lavorazioni che espongono a miceti.	
c) Derivati proteici (aviari, suini, bovini)	Allevamento di uccelli, volatili da cortile, suini, bovini.	

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
19) MALATTIE CAUSATE DA RADIAZIONI SOLARI:		
a) CHERATOSI ATTINICHE (L57.0)	Lavorazioni svolte prevalentemente all'aperto.	2 anni
b) EPITELIOMI CUTANEI DELLE SEDI FOTOESPOSTE (C44)		Illimitato
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ALLE RADIAZIONI SOLARI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		2 anni. Illimitato in caso di malattie neoplastiche
20) IPOACUSIA DA RUMORE (H83.3)		
	Lavorazioni forestali nelle quali si impiegano, in modo non occasionale, motoseghe portatili prive di efficaci sistemi di insonorizzazione. Altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale che comportano l'esposizione personale professionale, quotidiana o settimanale, a livelli di rumore superiori a 80 dB(A).	4 anni
21) MALATTIE CAUSATE DA VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO:		
a) SINDROME DI RAYNAUD SECONDARIA (I73.01)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano l'impiego di utensili, attrezzature, macchine ed apparecchi che trasmettono vibrazioni al sistema mano-braccio.	1 anno
b) OSTEOARTROPATIE DEL POLSO, DEL GOMITO, DELLA SPALLA (M19.2)		4 anni
c) NEUROPATIE PERIFERICHE DEL NERVO MEDIANO E ULNARE (G56.0)		4 anni
22) ERNIA DISCALE LOMBARE (M51.2)		
	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, con macchine che espongono a vibrazioni trasmesse al corpo intero: trattori, mietitrebbia, vendemmiatrice semovente. Lavorazioni di movimentazione manuale dei carichi svolte in modo non occasionale in assenza di ausili efficaci.	1 anno
23) MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI:		
a) TENDINITE DELLA SPALLA, DEL GOMITO, DEL POLSO, DELLA MANO (M75)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti, mantenimento di posture incongrue e impegno di forza.	1 anno
b) SINDROME DEL TUNNEL CARPALE (G56.0)		2 anni
c) ALTRE MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		1 anno

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
24) MALATTIE CUSATE DALL'ANCYLOSTOMA DUODENALIS:		
a) ANCHILOSTOMIASI (B76.0)	Raccolta del riso, della canna da zucchero.	3 anni

08A05160

