

# MINISTERO DELLA DIFESA

---

## DECRETO 4 giugno 2014

Approvazione della direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare e della direttiva tecnica riguardante i criteri per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare. (14A04366) (GU Serie Generale n.131 del 09-06-2014)

---

IL MINISTRO DELLA DIFESA

Visto il decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, recante «Codice dell'ordinamento militare», con particolare riferimento agli articoli 181, comma 1, lett. a) e b), inerente l'attribuzione alla Sanita' di militare del compito di provvedere all'accertamento dell'idoneita' dei cittadini al servizio militare e dei militari al servizio incondizionato, 640 e 641 sull'accertamento delle idoneita' psicofisica e attitudinale ai fini dell'arruolamento, 882 sull'accertamento periodo della permanenza dell'idoneita' al servizio dei militari in servizio permanente effettivo, 959 sul proscioglimento dei volontari in ferma prefissata che perdono l'idoneita' fisio -psico -attitudinale, nonche' 929 sulla cessazione dal servizio permanente a causa di infermita';

Vista la legge 12 luglio 2010, n. 109, recante «Disposizioni per l'ammissione dei soggetti fabici nelle Forze armate e di polizia»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010 n. 90, recante «Testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare, a norma dell'art. 14 della legge 28 novembre 2005, n. 246», con particolare riferimento agli articoli 579 inerente l'idoneita' al servizio militare, 582 inerente le imperfezioni e le infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare, nonche' 580 che al comma 4 prevede l'adozione con decreto del Ministro della difesa della direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare, e della direttiva tecnica riguardante i criteri per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, predisposte dallo Stato maggiore della difesa, sentita ciascuna Forza armata;

Vista la direttiva ministeriale 19 aprile 2000, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 127 del 2 giugno 2000, con la quale e' stata approvata la direttiva tecnica per l'applicazione dell'elenco delle imperfezioni e delle infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare;

Vista la direttiva ministeriale 19 aprile 2000, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 127 del 2 giugno 2000, con la quale e' stata approvata la direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare;

Visto il decreto dirigenziale 5 dicembre 2005, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 300 del 27 dicembre 2005, con il quale e' stata approvata la direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e delle infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare;

Visto il decreto dirigenziale 5 dicembre 2005, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 300 del 27 dicembre 2005, con il quale e' stata approvata la direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare;

Visto il decreto dirigenziale 30 agosto 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 207 del 6 settembre 2007, con il quale e' stata approvata la modifica della direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e delle infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare, approvata con decreto 5 dicembre 2005;

Visto il decreto dirigenziale 20 settembre 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 224 del 26 settembre 2007, con il quale e' stata approvata la modifica della direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, approvata con decreto 5 dicembre 2005;

Visto il decreto dirigenziale 9 agosto 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 192 del 18 agosto 2010, con il quale sono state approvate modifiche della direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e delle infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare, nonche' della direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, entrambe approvate in data 5 dicembre 2005;

Visto il decreto dirigenziale 29 novembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 285 del 6 dicembre 2010, con il quale sono state approvate modifiche della direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e delle infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare, nonche' della direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, entrambe approvate in data 5 dicembre 2005;

Visto il decreto dirigenziale 5 ottobre 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 237 dell'11 ottobre 2011, con il quale sono state approvate modifiche della direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e delle infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare, nonche' della direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, entrambe approvate in data 5 dicembre 2005;

Ravvisata la necessita' di aggiornare i criteri di accertamento e le indicazioni diagnostiche relative alle patologie previste dall'elenco delle imperfezioni e delle infermita' di cui ai citati decreti dirigenziali 5 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni, tenendo conto delle attuali risultanze della medicina legale;

Viste la direttiva tecnica per l'applicazione dell'elenco imperfezioni e infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare e la direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, predisposte dallo Stato maggiore della difesa, sentite le Forze armate;

Decreta:

Art. 1

1. Sono approvate la direttiva tecnica per l'applicazione dell'elenco imperfezioni e infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare e la direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare, che allegare al presente decreto ne formano parte integrante, predisposte dallo Stato maggiore della difesa, sentita ciascuna Forza armata.

Art. 2

1. A decorrere dalla data del presente decreto si applicano le direttive tecniche di cui all'art. 1, che sostituiscono e annullano quelle approvate con i seguenti provvedimenti richiamati in premessa: i decreti ministeriali 19 aprile 2000; le direttive direttoriali 5 dicembre 2002, come modificate dai decreti direttoriali 30 agosto 2007, 20 settembre 2007, 9 agosto 2010, 3 settembre 2010, 29 novembre 2010 e 5 ottobre 2011.

2. Limitatamente al personale militare volontario gia' in servizio al momento di adozione del presente provvedimento continuano a trovare applicazione, ai fini del passaggio in servizio permanente effettivo nell'ambito della categoria di personale, qualora piu' favorevoli, i requisiti di idoneita' al servizio militare contenuti nelle direttive vigenti al momento del reclutamento dello stesso.

3. Il presente decreto sara' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 4 giugno 2014

Il Ministro: Pinotti

(Direttiva)

Direttiva

Direttiva tecnica per l'applicazione dell'elenco delle imperfezioni e delle infermita' che sono causa di non idoneita' al servizio militare di cui all'articolo 582 del decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010, n. 90, recante "Testo unico delle disposizioni Regolamentari in materia di ordinamento militare, a norma dell'articolo 14 della legge 28 novembre 2005, n.246".

Avvertenze

1. La presente direttiva tecnica concerne le modalita' di applicazione dell'elenco imperfezioni di cui all'articolo 582, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica n. 90 del 2010, di seguito denominato elenco, e fornisce indicazioni relative a ogni singola lettera in cui e' suddiviso il comma 1 del citato articolo 582, con particolare riguardo alle imperfezioni e alle infermita' di piu' frequente riscontro o di maggior rilevanza.

2. Per il personale militare di carriera gia' in servizio l'elenco costituisce solo una guida di orientamento; per detto personale il giudizio di idoneita' dovra' essere espresso in relazione all'eta', al grado, alla categoria e agli incarichi, nonche' alle particolari norme che ne regolano la posizione e lo stato giuridico.

3. Per il personale militare volontario gia' in servizio al momento di entrata in vigore della presente direttiva continuano a trovare applicazione, ai fini del passaggio in servizio permanente nell'ambito della stessa categoria di personale, i requisiti di idoneita' al servizio militare contenuti nelle direttive vigenti al momento del reclutamento, qualora piu' favorevoli.

4. Per i militari alle armi il giudizio di inabilita' permanente che determina il provvedimento di riforma viene adottato anche quando la patologia, ritenuta sanabile, permanga nonostante le cure richieste dal caso e il periodo necessario di temporanea inabilita'.

5. L'osservazione prevista dalla presente direttiva e' la procedura di accertamento clinico-diagnostico con finalita' medico-legale. Tale osservazione viene praticata negli stabilimenti sanitari militari provvisti di organi medico-legali nei casi in cui risulti necessario un approfondimento diagnostico, eventualmente anche con ricovero. Qualora non sussista tale necessita' i militari sono inviati presso le medesime strutture sanitarie per effettuare gli accertamenti specialistici non eseguibili presso le infermerie di Corpo; a tal fine, se necessario, i militari potranno essere aggregati temporaneamente al reparto servizi delle predette strutture sanitarie e adibiti a mansioni che non comportano rischio, con esclusione dei servizi di guardia e di assistenza ai ricoverati.

6. Nella presente direttiva vengono utilizzate espressioni quali lieve, medio, grave, al fine di indicare la rilevanza clinica e medico-legale dell'affezione. L'espressione rilevante, invece, indica quell'incidenza attribuibile a un'affezione che, anche se lieve sul piano clinico, sotto il profilo medico-legale costituisce impedimento all'espletamento del servizio militare.

7. La documentazione sanitaria rilasciata con debita autenticazione da strutture sanitarie pubbliche puo' essere acquisita e considerata, se ritenuta esauriente, quale unico riferimento per l'emanazione del giudizio medico-legale.

8. Per le patologie non specificate nell'elenco o nella presente direttiva si applicano le disposizioni riguardanti l'apparato o l'organo interessato, facendo ricorso al criterio dell'analogia o dell'equivalenza con le imperfezioni e le infermita' ivi contemplate.

9. La presente direttiva in alcuni casi indica gli esami clinici e strumentali ritenuti utili e i parametri necessari per la formulazione della diagnosi e del relativo provvedimento medico legale.

10. Il personale femminile, all'atto di presentazione a visita medica, considerata la necessita' di effettuare accertamenti potenzialmente pericolosi per le donne in stato di gravidanza, dovra' esibire le risultanze del relativo test eseguito, presso un laboratorio analisi pubblico o privato, nei cinque giorni precedenti la data di presentazione a visita. L'organo medico-legale competente effettuera' il test di gravidanza su campione di urine qualora la candidata dovesse sollevare dubbi sullo stato di gravidanza o non

abbia prodotto idoneo referto, ovvero nel caso in cui emergessero motivi di opportunità'. La positività del test comporta l'impossibilità a proseguire gli accertamenti per temporaneo impedimento.

11. Per ciascun apparato le imperfezioni e le infermità sono indicate con la partizione in lettere e numeri cardinali corrispondenti quella dell'articolo 582, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica n. 90 del 2010, nella formulazione in vigore alla data di approvazione della presente direttiva. Avendo utilizzato tale criterio, si evidenzia che alla lettera R) psichiatria, non è stato indicato il numero 11), in quanto tale partizione è stata abrogata dall'articolo 4, comma 1, lett. b), n. 4.1, del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 2012, n. 40.

#### A) Morfologia generale.

Le disarmonie somatiche e le distrofie costituzionali di grado rilevante, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- l'obesità;
- la gracilità di costituzione;
- le gravi disarmonie e distrofie costituzionali.

Per la valutazione delle disarmonie somatiche e delle distrofie costituzionali si considerano i seguenti caratteri esteriori (pallore della cute, scarsità del pannicolo adiposo, ipotrofia muscolare, spalle spioventi, torace scarno, appiattito o cilindrico, scapole alate, esilità degli arti, masse adipose esuberanti e abnormemente distribuite, perimetro addominale, etc.) indicativi di gracilità, obesità, di uno stato morboso latente, di un soggetto a rischio o comunque non adatto a sopportare l'impegno fisico del servizio militare.

Per la valutazione della costituzione somatica sono da considerare i seguenti parametri:

- statura (h): valutata in metri mediante antropometro con esaminando in posizione di attenti, a capo eretto, con piano orbito-auricolare orizzontale, con l'occipite, il segmento dorsale della colonna vertebrale e i talloni a contatto con il montante dell'antropometro;

- peso corporeo (p): valutato in chilogrammi (kg);

- indice di massa corporea (I.M.C.): si intende per indice di massa corporea il rapporto tra il peso corporeo (p) in chilogrammi e l'altezza (h) in metri elevata al quadrato secondo la seguente formula:  $I.M.C = p / (h \times h)$ .

Per un'agevole e immediata valutazione dei parametri rilevati può essere utilizzata la tabella antropometrica riportata di seguito, dove sono elencati il peso massimo (I.M.C. = 28 per le donne / 30 per gli uomini) e il peso minimo (I.M.C. = 18 per le donne / 20 per gli uomini), rapportati all'altezza.

## MORFOLOGIA GENERALE

UOMINI			DONNE		
I.M.C. MAX	I.M.C. MIN		I.M.C. MAX	I.M.C. MIN	
30	20		28	18	
PESO MAX	PESO MIN	ALTEZZA	PESO MAX	PESO MIN	
132	88	2.10	123	79	
129	86	2.08	121	78	
127	84	2.06	118	76	
125	83	2.04	116	75	
122	82	2.02	114	73	
120	80	2.00	112	72	
118	78	1.98	109	71	
115	77	1.96	107	69	
113	75	1.94	105	68	
111	74	1.92	103	66	
108	72	1.90	101	65	
106	71	1.88	99	64	
104	69	1,86	96	62	
102	68	1,84	94	61	
99	66	1,82	92	60	
97	65	1,80	90	58	
95	63	1,78	88	57	
93	62	1,76	86	56	
91	61	1,74	84	54	
89	59	1,72	82	53	
87	58	1,70	80	52	
85	56	1,68	79	51	
83	55	1,66	77	50	
81	54	1,64	75	48	
79	52	1,62	73	47	
77	51	1,60	71	46	
75	50	1,58	69	45	
73	49	1,56	68	44	
71	47	1,54	66	43	
69	46	1,52	64	42	
68	45	1,50	63	41	

Viene giudicato permanentemente inabile il soggetto:

- di sesso maschile con I.M.C. maggiore di 30 e minore di 20;
- di sesso femminile con I.M.C. maggiore di 28 e minore di 18.

Puo' essere giudicato idoneo il soggetto con I.M.C. superiore ai limiti sopra indicati, in cui l'eccesso ponderale e' da attribuirsi prevalentemente alla massa muscolare e non a un eccesso di massa grassa.

B) Disendocrinie, dismetabolismi ed enzimopatie.

1) I difetti del metabolismo glicidico, lipidico o protidico, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano tra i difetti del metabolismo glicidico:

- diabete mellito di tipo 1 e 2;
- ridotta tolleranza glucidica;
- glicosurie normoglicemiche (la glicosuria deve essere riscontrata in piu' determinazioni).

Sono indicativi di diabete mellito:

- valori di glicemia eguali o superiori a 126 mg/dl in almeno due determinazioni, effettuate al mattino dopo 12 ore di digiuno e in assenza di altre condizioni interferenti;
- emoglobina glicosilata con valori superiori al 6,5% con metodica standardizzata;

Nella valutazione dei difetti del metabolismo glicidico potra' essere utilizzata la metodica della curva da carico orale di glucosio (da non effettuare se la glicemia a digiuno e' superiore a 126 mg/dl), con pasto standard di 75 grammi di glucosio. Al 120° minuto se la glicemia e' superiore a 200 mg/dl, sara' posta diagnosi di diabete; se la glicemia e' compresa tra 140 e 200 mg/dl, sara' posta diagnosi di ridotta tolleranza glicidica.

Rientrano tra i difetti del metabolismo lipidico:

- ipercolesterolemie primitive;
- ipertrigliceridemie;
- iperlipidemie miste.

Nella valutazione delle dislipidemie si terra' conto dei valori di laboratorio (colesterolo totale superiore a 240 mg/dl o trigliceridi superiori a 200 mg/dl) e dei criteri clinico-strumentali (presenza di xantomii, gerontoxon, steatosi epatica, etc.).

Rientrano tra i difetti del metabolismo proteico:

- fenilchetonuria;
- alcaptonuria;
- omocistinuria;
- altri.

2) La mucoviscidosi.

3) Le endocrinopatie, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- malattie del sistema ipotalamo - ipofisario;
- ipogonadismi primitivi e secondari;
- malattie del corticosurrene;
- malattie della tiroide (ipo/ipertiroidismo, gozzo multinodulare);
- feocromocitoma e paraganglioma;
- malattie delle paratiroidi.

4) I difetti quantitativi o qualitativi degli enzimi, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- la iperbilirubinemia indiretta superiore a 5 mg/dl accertata in due occasioni dopo 24 ore di riposo;
- pregressa emolisi;
- diabete insipido;
- porfirie;
- glicogenosi;
- tesaurismi lipidiche e mucopolisaccaridiche;
- sindrome di Ehlers-Danlos;
- sindrome di Marfan.

C) Malattie da agenti infettivi e da parassiti.

Le malattie da agenti infettivi e da parassiti che sono causa di rilevanti limitazioni funzionali oppure sono accompagnate da grave e persistente compromissione delle condizioni generali o della crisi ematica o che hanno caratteristiche di cronicità o di evolutività, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- la tubercolosi polmonare ed extrapolmonare e i suoi esiti. Il complesso primario non è causa di inabilità al servizio militare;
- il morbo di Hansen;
- la sifilide in fase attiva, intesa come positività contemporanea di anticorpi treponemici specifici [TPHA (test di emoagglutinazione) o MHA-TP (microemoagglutinazione) o FTA test di assorbimento di anticorpi anti treponema fluorescenti] e non treponemici [VDRL (Venerai Disease Research Laboratory) o RPR (Reggina Plasmatica Rapida)];
- la positività per l'antigene di superficie di HBV (HBsAg);
- la positività per gli anticorpi per HCV insieme alla positività della ricerca del genoma virale (HCV-RNA qualitativo);
- la positività per gli anticorpi anti-HIV.

D) Ematologia.

1) Le malattie primitive del sangue e degli organi emopoietici.

Rientrano in questa fattispecie:

- le malattie ematologiche primitive;
- la microcitemia costituzionale o trait talassemico qualora presenti le seguenti caratteristiche:
  - Hb inferiore a 11 gr/dl per i maschi e 10 gr/dl per le femmine;
  - non regolare sviluppo somatico;
  - presenza di splenomegalia;
  - presenza di segni di emolisi;
  - sideremia e ferritina diminuite.

2) Le malattie secondarie del sangue e degli organi emopoietici, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

La splenectomia post-traumatica senza alterazioni della crisi ematica non è causa di inabilità.

E) Immunoallergologia.

1) L'asma bronchiale allergico e le altre gravi allergie, anche in fase asintomatica, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.



Rientrano in questa fattispecie:

- i soggetti che presentino alle prove di funzionalita' respiratoria (PFR) valori di volume espiratorio massimo al secondo minore di 80% teorico;
- i soggetti con prove di funzionalita' respiratoria negative ma con test di stimolazione bronchiale positivo (BPT) con PD 20% FEV 1 minore di 800 microgrammi di metacolina;
- i soggetti allergici stagionali con negativita' alle PFR e al BPT e positivita' ai prick test cutanei o alla determinazione delle IgE specifiche del siero (con metodica RAST o immunoenzimatica ELISA), che risultino al BPT, praticato durante la stagione di pollinazione, positivi con PD 20% FEV 1 minore di 800 microgrammi di metacolina;
- la rinite con spirometria basale nella norma e iperreattivita' bronchiale aspecifica nel range degli asmatici (PD 20% FEV 1 minore di 800 microgrammi di metacolina).

2) L'anafilassi, le reazioni allergiche/pseudoallergiche, le intolleranze a farmaci e alimenti, con manifestazioni cliniche severe, anche in fase asintomatica, diagnosticate tramite valutazioni cliniche e procedure laboratoristiche appropriate, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le allergie e le intolleranze ad alimenti di abituale consumo, utilizzo e diffusione;

- le reazioni da farmaci di uso corrente e non sostituibili;

- l'anafilassi per punture di insetti.

Sono utili per il giudizio diagnostico:

- dati anamnestici rilevanti;
- esame emocromocitometrico;
- dosaggio delle IgE totali nel siero;
- dosaggio IgE specifiche nel siero;
- prick, intradermo e patch tests;
- dosaggio della proteina cationica eosinofila;
- dosaggio della triptasi mastocitaria.

Puo' essere inoltre utile l'esecuzione dei seguenti test:

- prick by prick

- test di provocazione orale con metodica in doppio cieco vs placebo

3) Le sindromi da immunodeficienza, anche in fase asintomatica, accertate con gli appropriati esami specialistico-strumentali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le sindromi da immunodeficienza primitive:

- agammaglobulinemia;

- ipogammaglobulinemia;

- difetti di singole classi e sottoclassi anticorpali, tra i quali i difetti delle IgA;

- difetti dell'immunita' cellulare specifica e aspecifica;

- difetti congeniti del complemento.

Le diagnosi di cui sopra saranno formulate previa esecuzione di:

- dosaggio delle immunoglobuline sieriche e delle sottoclassi di IgG per le sindromi da deficit delle immunoglobuline;

- analisi fenotipica e funzionale delle popolazioni e sottopopolazioni linfocitarie;
- analisi quantitativa e funzionale dei fattori del complemento;
- analisi della funzione fagocitaria.

#### 4) Le connettivici e le vascoliti.

Rientrano in questa fattispecie:

- lupus eritematoso sistemico;
- artrite reumatoide;
- sindrome di Sjogren;
- sclerosi sistemica;
- connettivite mista;
- connettivite indifferenziata;
- dermatomiosite, polimiosite;
- vascoliti sistemiche, anche se limitate a un solo apparato.

Le diagnosi di cui sopra saranno formulate in accordo con i criteri ACR (American College Rheumatology) considerando:

- quadro clinico e compromissione d'organo;
- pattern autoanticorpale non-organo-specifico;
- referti strumentali;
- eventuali referti istologici.

#### F) Tossicologia.

Lo stato di intossicazione cronica da piombo o da altri metalli, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

#### G) Neoplasie.

- 1) I tumori maligni.
- 2) I tumori benigni e i loro esiti, quando per sede, volume, estensione o numero siano deturpanti o producano rilevanti alterazioni strutturali o funzionali.

#### H) Cranio.

- 1) Le malformazioni craniche congenite con evidenti deformita' o rilevanti disturbi funzionali.
- 2) Le alterazioni morfologiche acquisite delle ossa del cranio che determinano evidenti deformita' o rilevanti disturbi funzionali o che interessano la teca interna.

#### I) Complesso maxillo facciale.

- 1) Le malformazioni e gli esiti di patologie o lesioni delle labbra, della lingua e dei tessuti molli della bocca che producano gravi disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.
- 2) Le malformazioni, gli esiti di lesioni o di interventi chirurgici correttivi, le patologie del complesso maxillo-facciale e le alterazioni dell'articolarieta' temporo-mandibolare causa di gravi alterazioni funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.
- 3) Le malformazioni e gli esiti di patologie dell'apparato masticatorio che determinano rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- la mancanza o l'inefficienza (per carie destrutture, per parodontopatia o per anomalie dentarie) del maggior numero di denti o di almeno otto tra incisivi e canini.

La dicitura «del maggior numero di denti» va interpretata in relazione a un massimo teorico di 28 elementi dentari; gli eventuali terzi molari presenti andranno conteggiati solo nel caso siano efficienti nella funzione masticatoria in sostituzione di altri elementi dentari mancanti;

- le malocclusioni dentali con segni clinici o radiologici di patologia dentale o paradentale.

Il concetto di insufficienza masticatoria non e' vincolato al numero di denti presenti in bocca, bensì alla loro funzione; a tal fine viene considerata sufficiente la masticazione quando siano presenti o due coppie di molari o tre coppie tra molari e premolari, purché in ingranaggio in occlusione.

Le malocclusioni dentarie che, pur in presenza del maggior numero dei denti, non permettano un corretto ingranaggio occlusale di almeno 2 coppie di molari o 3 coppie di molari e premolari, vengono considerate

causa di "insufficienza masticatoria".

La protesi efficiente va considerata sostitutiva del dente mancante.

- gli estesi impianti dentali con segni clinici e radiologici di perimplantite. L'impianto dentario viene considerato sostitutivo del dente mancante solo se non presenta segni clinici e radiologici di perimplantite e inefficienza.

L) Apparato cardiovascolare.

1) Le malformazioni del cuore e dei grossi vasi.

Rientrano in questa fattispecie:

- la destrocardia;

- le cardiopatie congenite e i loro esiti.

2) Le malattie dell'endocardio, del miocardio, dell'apparato valvolare, del pericardio, dei grossi vasi e i loro esiti, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

il trapianto di cuore, gli esiti di intervento riparativo delle valvole e dei grossi vasi, le sostituzioni valvolari;

le cardiomiopatie primitive e secondarie;

gli esiti di pericardite, miocardite ed endocardite;

le stenosi e le insufficienze valvolari;

le anomalie biometriche non correlate con la superficie corporea documentate con appropriate metodiche di imaging.

il prolasso valvolare con rigurgito emodinamicamente significativo;

la valvola aortica bicuspidè;

la pericardite, la miocardite e l'endocardite recidivanti, anche senza esiti.

3) Le gravi turbe del ritmo cardiaco, le anomalie del sistema specifico di conduzione, le canalopatie, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- blocco atrioventricolare di I grado che non regredisce con lo sforzo fisico adeguato;
- blocco atrioventricolare di II e III grado;
- blocco di branca sinistra;
- il ritardo di attivazione intraventricolare anteriore sinistro o posteriore sinistro, associato a ritardo di attivazione intraventricolare destro;
- l'extrasistolia sopraventricolare frequente e/o ripetitiva (documentata con ECG holter);
- la tachicardia sopraventricolare, il flutter atriale, la fibrillazione atriale; anche se parossistici;
- extrasistolia ventricolare frequente; l'extrasistolia ventricolare polimorfa, e/o ripetitiva, e/o precoce, e/o attivata dallo sforzo;
- sindrome di Wolf-Parkinson-White;
- la preeccitazione ventricolare;
- la sindrome di Brugada;
- la sindrome del QT lungo (QT corretto per la frequenza superiore a 440 msec nel genere maschile e superiore a 460 msec nel genere femminile) e del QT corto (QT corretto per la frequenza inferiore a 320 msec);
- le aritmie trattate con ablazione transcatetere;
- le aritmie trattate con l'applicazione di pace-maker o defibrillatore impiantabile.

4) L'ipertensione arteriosa persistente, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea; dopo osservazione.

Rientrano in questa fattispecie:

- i soggetti con valori di pressione arteriosa sistolica fra 130 e 140 mmHg e/o di pressione arteriosa diastolica fra 85 e 90 mmHg, che presentano 2 o piu' fattori di rischio cardiovascolare (familiarita', abitudine tabagica, dislipidemia, ridotta tolleranza glicidica, obesita' addominale) e/o segni di danno d'organo subclinico.
- i soggetti con valori di pressione arteriosa sistolica superiori a 140 mmHg e/o diastolica superiori a 90 mmHg.

Per la valutazione dell'ipertensione arteriosa occorre effettuare:

- almeno due misurazioni nella stessa visita;
- le misurazioni vanno eseguite con soggetto seduto e in condizioni di riposo psicofisico, utilizzando un bracciale di idonee dimensioni;
- se ritenuto necessario, le misurazioni andranno ripetute in visite successive;
- se ritenuto necessario, si effettuera' monitoraggio dinamico non invasivo delle 24 ore;

5) Gli aneurismi, le angiodisplasie e le fistole arterovenose.

6) Le patologie delle arterie e dei capillari con disturbi trofici o funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- il morbo e la sindrome di Raynaud;
- la sindrome dell'egresso toracico.

7) Le ectasie venose estese con incontinenza valvolare e i disturbi del circolo venoso profondo.

8) Le flebiti e le altre patologie del circolo venoso e i loro esiti con disturbi trofici e funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientra in questa fattispecie:

- la sindrome di Paget Schroetter (trombosi della vena succlavia da compressione o da sforzo).

9) Le patologie gravi dei vasi e dei gangli linfatici e i loro esiti, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientra in questa fattispecie:

- il linfedema primitivo con disturbi funzionali.

M) Apparato respiratorio.

1) Le malattie croniche dei bronchi e dei polmoni, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

2) Le malattie delle pleure e i loro esiti rilevanti, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

3) I dismorfismi della gabbia toracica con alterazioni funzionali respiratorie.

Rientrano in questa fattispecie:

- le bronchiectasie, le bronchiti croniche, l'enfisema;

- il pneumotorace;

- gli esiti lievi di pleurite non tubercolare con alterazioni funzionali;

- gli esiti di obliterazione del seno costofrenico e di scissurite aspecifica con lievi alterazioni funzionali;

- le alterazioni funzionali respiratorie da pectus excavatum, da pectus carinatum, da cifosi e da scoliosi;

- gli esiti di traumatismi toracici con alterazioni funzionali.

N) Apparato digerente.

1) Le malformazioni e le malattie croniche delle ghiandole e dei dotti salivari che producono gravi disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

2) Le malformazioni, le anomalie di posizione, le patologie o i loro esiti del tubo digerente, del fegato e vie biliari, del pancreas e del peritoneo che, per natura, sede e grado producano rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

3) Le ernie viscerali.

4) Gli esiti di intervento chirurgico con perdita totale o parziale di un viscere.

Rientrano in questa fattispecie:

- tutte le ernie viscerali, compresa l'ernia iatale con esofagite o disturbi funzionali di notevole grado;

L'ernia inguinale allo stato di punta non e' causa di inabilita'.

- le stenosi, le distopie, il "mesenterium comune", le splancnoptosi, il dolico colon;

- le fistole anali e perianali sottomucose con flogosi ricorrenti. Gli esiti di appendicectomia e di colecistectomia senza rilevanti disturbi funzionali non costituiscono motivo di inabilita'.

O) Mammella.

Le patologie e i loro esiti della ghiandola mammaria che siano causa di rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- i processi flogistici o displastici e i loro esiti di notevole entita';
- gli esiti di mastoplastica riduttiva con rilevanti limitazioni funzionali;
- la ginecomastia voluminosa dell'uomo che comporti un aspetto ginoide anche in assenza di endocrinopatie.

La protesi mammaria non e' causa di inabilita' in assenza di complicanze anatomo-funzionali (ad es. capsulite retraente, etc.).

La megalomastia e' causa di inabilita' quando determina impaccio motorio o grave disarmonia somatica.

P) Apparato urogenitale.

Le malformazioni, le malposizioni, le patologie del rene, della pelvi, dell'uretere, della vescica, dell'uretra e dell'apparato genitale maschile e femminile o i loro esiti che sono causa di rilevanti e permanenti alterazioni funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

le anomalie di numero, di forma, di sede e le malattie croniche dell'apparato urinario che determinino ostruzione al deflusso urinario;

- le anomalie di numero, di forma, di sede e le malattie croniche dell'apparato genitale che determinino alterazioni anatomo-funzionali e/o della funzione endocrina:

- ipoplasia o mancanza anche di un solo testicolo, con alterazioni anatomofunzionali del controlaterale;
- ritenzione o ectopia di entrambi i testicoli;
- ritenzione testicolare unilaterale addominale, in sede intramurale o sottocutanea;
- idrocele molto voluminoso e sotto tensione;
- idrocele comunicante;
- varicocele di III° grado permagno con deformazione molto evidente dello scroto;
- cisti endoscrotale molto voluminosa e sotto tensione;
- la mancanza di ambedue le ovaie;
- l'aplasia completa dell'utero e della vagina;
- i prolassi urogenitali di qualunque grado;
- le fistole genitali di qualunque natura;
- le malformazioni e cisti vulvari che sono causa di rilevanti alterazioni funzionali.

Per il giudizio diagnostico delle patologie dell'apparato urogenitale e' necessaria l'effettuazione almeno di un esame ecografico e della valutazione funzionale.

Q) Neurologia.

1) Le malattie del sistema nervoso centrale e i loro esiti che siano causa di rilevanti alterazioni funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le malattie di natura malformativa, vascolare, tossica, infettiva, parassitaria, autoimmune, degenerativa, che presentino un dato obiettivo stabilizzato e invalidante con rilevante limitazione funzionale.

Rientrano altresì in questa fattispecie:

- le cefalee primitive a frequenza superiore ai 5 episodi/mese e le cefalee secondarie a patologie a carattere invalidante.

2) Le malattie del sistema nervoso periferico e i loro esiti che siano causa di rilevanti alterazioni funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

La rilevante alterazione funzionale deve essere accertata con esame elettroencefalografico.

3) Le miopatie causa di rilevanti alterazioni funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

4) Le epilessie, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- tutte le sindromi epilettiche, anche se pregresse.

Non è causa di inabilità il singolo episodio convulsivo in epoca antecedente gli ultimi due anni purché chiaramente correlato a una causa non ricorrente e dopo valutazione specialistica neurologica. L'assenza di episodi critici e la non assunzione di farmaci anticomiziali dovranno essere attestati da un certificato redatto, in data non anteriore a 30 giorni rispetto all'effettuazione della visita medica, dal medico di fiducia di cui all'articolo 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, o dallo specialista neurologo di una struttura sanitaria pubblica.

5) Gli esiti di traumi encefalici e midollari con rilevante limitazione funzionale, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

Per limitazione funzionale rilevante si intende quella caratterizzata da alterazioni dell'esame obiettivo neurologico o dell'esame neuroradiologico o dell'esame neuroelettrofisiologico.

R) Psichiatria.

1) Il ritardo mentale, di qualsiasi livello, purché tale da pregiudicare il rapporto di realtà o le capacità relazionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- il ritardo mentale grave o moderato accertato attraverso colloquio clinico;

- il ritardo mentale lieve, con QI inferiore a 70 accertato attraverso colloquio clinico e test di livello.

Nei casi dubbi è necessario colloquio clinico e test di livello

2) I disturbi del controllo degli impulsi, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

3) I disturbi dell'adattamento, trascorso, se occorre, il periodo di inabilità temporanea.

4) Le parafilie e i disturbi della identita' di genere, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

5) I disturbi della comunicazione, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

6) I disturbi da tic, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

7) I disturbi delle funzioni evacuative, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

8) I disturbi del sonno, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

9) I disturbi della condotta alimentare, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

10) I disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive; trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Sono necessari per il giudizio diagnostico:

- ricerca dei cataboliti urinari (cannabinoidi, oppiacei, cocaina, anfetamine etc.),

- colloquio clinico mirato a valutare la struttura di personalita';

- eventuali test psicodiagnostici;

- eventuali prove di funzionalita' epatica.

12) I disturbi di personalita' (paranoide, schizoide, schizotipico, antisociale, borderline, istrionico, narcisistico, evitante, dipendente, ossessivo compulsivo di personalita'), trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Sono necessari per il giudizio diagnostico:

- eventuali test psicodiagnostici;

- colloquio clinico, teso a evidenziare l'esistenza di costanti caratteristiche psicologiche abnormi che rendano difficile l'adattamento ai normali impegni della vita quotidiana e alla vita sociale e di relazione;

- valutazione dell'eventuale terapia effettuata o in atto;

- esame di eventuale documentazione clinica redatta da strutture specialistiche pubbliche.

13) I disturbi nevrotici e reattivi, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- i disturbi d'ansia (agorafobia, disturbo di panico, fobia specifica, fobia sociale, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, disturbo d'ansia generalizzato);

- i disturbi somatoformi (disturbo di somatizzazione, disturbo di conversione, disturbo algico, ipocondria, disturbo di dismorfismo corporeo);

- il disturbo fittizio, i disturbi dissociativi (amnesia dissociativa, fuga dissociativa, disturbo dissociativo dell'identita', disturbo di depersonalizzazione);

- i disturbi dell'umore (disturbo distimico, disturbo ciclotimico).

Sono necessari per il giudizio diagnostico:

- colloquio clinico;

- eventuali test psicodiagnostici;

- valutazione dell'eventuale terapia effettuata o in atto;

- esame di eventuale documentazione clinica redatta da strutture specialistiche pubbliche.



14) I disturbi psicotici, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- la schizofrenia (di tipo paranoide, disorganizzato, catatonico, indifferenziato e residuo), il disturbo schizoaffettivo, il disturbo delirante, il disturbo psicotico breve, disturbi dell'umore (depressivo maggiore, disturbo bipolare I e II).

Sono necessari per il giudizio diagnostico:

- colloquio clinico;
- eventuali test psicodiagnostici;
- valutazione dell'eventuale terapia effettuata o in atto;
- esame di eventuale documentazione clinica redatta da strutture specialistiche pubbliche.

S) Oftalmologia.

1) Le malformazioni, le disfunzioni, le patologie o gli esiti di lesioni delle palpebre e delle ciglia, anche se limitate a un solo occhio, quando siano causa di rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

2) Le malformazioni, le malattie croniche e gli esiti di lesioni delle ghiandole e delle vie lacrimali, quando siano causa di rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

3) I disturbi della motilita' del globo oculare, quando siano causa di diplopia o deficit visivi previsti dal successivo comma g.) o qualora producano alterazioni della visione binoculare (soppressione, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Sono necessari per il giudizio diagnostico:

- cover test con eventuale valutazione del senso stereoscopico mediante test idoneo;

- test di Worth: per la valutazione della soppressione.

4) Le gravi discromatopsie.

Sono necessari per il giudizio diagnostico il test delle matassine di lana colorate o, se non sufficiente, quello con le tavole di Ishihara; ove ritenuto necessario test di Farnsworth.

5) La anoftalmia; le malformazioni, le malattie croniche e gli esiti di lesioni dell'orbita, del bulbo oculare e degli annessi con rilevanti alterazioni anatomiche o funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- il cheratocono di qualsiasi grado;
- le gravi distrofie corneali a qualsiasi stadio;
- le uveiti e le infiammazioni dei tessuti e dei vasi retinici anche in fase di quiescenza;
- le degenerazioni vitroretiniche regmatogene, anche se gia' sottoposte a specifico trattamento.

Per il giudizio diagnostico del cheratocono occorre l'oftalmometria e, ove necessario, la mappa corneale.

6) Il glaucoma e le disfunzioni dell'idrodinamica endoculare potenzialmente glaucomatogene, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

7) I vizi di refrazione che, corretti, comportano un visus inferiore ai 10/10 complessivi o inferiore ai 2/10 in un occhio.

8) I difetti del campo visivo, anche monoculari, che riducano sensibilmente la visione superiore o laterale o inferiore.

E' necessaria per il giudizio diagnostico la perimetria statica o quella dinamica o computerizzata.

9) L'emeralopia.

L'emeralopia e le distrofie tapeto-retiniche sono causa di inidoneita' anche quando non si associano ad alterazioni evidenti delle membrane profonde dell'occhio. Per il giudizio diagnostico sono necessari gli esami elettro funzionali.

10) La miopia o l'ipermetropia, senza o con astigmatismo, che superi in ciascun occhio, rispettivamente, le 8 e le 7 diottrie, anche in un solo meridiano.

11) L'astigmatismo misto in cui la somma tra i due meridiani, miopico e ipermetropico, superi in ciascun occhio le 5 diottrie.

12) Le anisometropie in cui la differenza tra i meridiani piu' ametropi dei due occhi superi le 4 diottrie o che comportino alterazione della visione binoculare.

T) Otorinolaringoiatria.

1) Le malformazioni e alterazioni congenite e acquisite dell'orecchio esterno, dell'orecchio medio, dell'orecchio interno, quando siano deturpanti o causa di rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le gravi malformazioni e alterazioni acquisite dell'orecchio esterno (mancanza totale ed esiti deturpanti di lesioni del padiglione auricolare, macro e microtia di notevole grado, atresia del condotto, etc.); l'anozia, l'atresia auris congenita, sindrome di Goldenhar, sindrome di Franceschetti, micro e macrotia con padiglione modificato per dimensione, di misura superiore al 50%.

Nei casi di disturbi funzionali e' necessario per il giudizio diagnostico l'esame audiometrico tonale di base.

- L'otite media cronica colesteatomatosa, l'iperplastica granulomatosa o con segni di carie ossea, la purulenta semplice secernente;

- l'otite cronica iperplastica polipoide;

- gli esiti di ossiculoplastica e di terapia chirurgica dell'otosclerosi;

- la perforazione timpanica secernente o non secernente;

- gli esiti di interventi chirurgici sull'orecchio interno;

- i processi flogistici cronici su esiti di timpanoplastica e in esito a interventi chirurgici sull'orecchio medio.

Possono essere compatibili con un giudizio di idoneita': le ricostruzioni timpaniche, l'otite mucogelatinosa cronica, la media catarrale cronica, la sclero adesiva e gli esiti cicatriziali/calcifici e di pregresse flogosi dell'orecchio medio, se suscettibili di remissione e/o miglioramento significativo e/o non comportano rilevanti disturbi funzionali.

Si formula un giudizio di inabilita' nel caso di processi flogistici cronici in esito a interventi chirurgici sull'orecchio medio. La valutazione deve essere comunque anatomica e funzionale. Sono necessari per il giudizio diagnostico l'esame audiometrico tonale di base e l'esame impedenzometrico.

- L'otosclerosi e le osteodistrofie del labirinto;
- le affezioni organiche o funzionali dell'apparato vestibolare periferico o centrale;
- le sindromi vestibolari dovute a malattia di Meniere, a tumori dell'VIII nervo cranico, a otosclerosi e ad affezioni organiche del sistema nervoso centrale;
- le sindromi vestibolari periferiche di altra natura senza compenso o con compenso incompleto;
- l'areflessia bilaterale persistente.

Sono necessari per il giudizio diagnostico l'esame audiometricoimpedenzometrico e l'esame vestibolare.

2) Le ipoacusie monolaterali con perdita uditiva, calcolata sulla medie delle quattro frequenze fondamentali (500 - 1000 - 2000 - 3000 Hz) uguale o maggiore di 50dB, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le ipoacusie monolaterali pari all'entita' sopraindicata.

E' necessario per il giudizio diagnostico l'esame audiometrico<sup>1</sup>.

-----

1 L'esame audiometrico va sempre effettuato tostando bilateralmente le seguenti frequenze: 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz.

3) Le ipoacusie bilaterali con percentuale totale di perdita uditiva (P.P.T.) maggiore del 40%, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- la sordita' prelinguale;
- le ipoacusie bilaterali dell'entita' sopra indicata con P.P.T. calcolata secondo i criteri indicati nella tabella di seguito riportata:

#### CALCOLO DELLA PERCENTUALE DI PERDITA Uditiva BILATERALE

TABELLA

		500	1000	2000	3000
%	0	0	0	0	0
%	5	1.25	1.75	1	1
%	10	2.50	3.50	2	2

%	15	3.75	5.25	3	3
%	20	5	7	4	4
%	25	6.25	8.75	5	5
%	30	7.50	10.50	6	6
%	35	8.75	12.25	7	7
%	40	10	14	8	8
%	45	11.25	15.75	9	9
%	50	12.50	17.50	10	10
%	55	13.75	19.25	11	11
%	60	15	21	12	12
%	65	16.25	22.75	13	13
%	70	17.50	24.50	14	14
%	75	18.75	26.25	15	15
%	80	20	28	16	16

E' necessario per il giudizio diagnostico l'esame audiometrico<sup>2</sup> .

-----

2 L'esame audiometrico va sempre effettuato tastando bilateralmente le seguenti frequenze: 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 Hz.

#### AVVERTENZA

La P.P.T. (perdita percentuale totale) binauricolare sulle frequenze 500, 1000, 2000, 3000 e 4000 Hz, si determina mediante la seguente formula:

$$[(\text{orecchio migliore} \times 7 + \text{orecchio peggiore}) / 8] + \text{valore ponderale del 4000 Hz}$$

dove il valore ponderale del 4000 Hz, prendendo in considerazione solo il valore piu' grave tra i due orecchi, e' cosi' definito:

- 5 per perdite in dB comprese fra 25 e 34
- 8 per perdite in dB comprese tra 35 e 59
- 12 per perdite in dB uguali o superiori a 60

4) Le malformazioni e le alterazioni acquisite del naso e dei seni paranasali, quando siano causa di rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le malformazioni, le alterazioni acquisite, le affezioni croniche, le notevoli deformazioni della piramide e delle fosse nasali: l'atresia delle narici, l'atresia coanale, la mancanza del naso, la stenosi nasale da malformazione o deviazione del setto, le cisti e fistole con flogosi recidivanti, il rinoscleroma, la rinite ozenatosa, il polipo sanguinante delle fosse nasali, il papilloma invertito, etc.;

- le gravi stenosi nasali.

E' necessario per il giudizio diagnostico della stenosi nasale la rinomanometria anteriore attiva (di base, posizionale e con stimolazioni aspecifiche) e il trasporto mucociliare.

E' causa di inabilita' un grading della ostruzione nasale rilevato alla rinomanometria in rapporto al parametro «somma di flusso» di grado elevato [da 0 a 300 centimetri cubi/s elevata alla meno 1].

- l'ozena e le affezioni granulomatosi e croniche;

- le sinusiti croniche purulente, iperplastiche, polipose o ulceronecrotiche;

- gli esiti di lesioni traumatiche o di interventi chirurgici sui seni paranasali che producano scompaginamento delle strutture anatomiche (distruzione del pavimento dell'orbita, fistole cribromeningee, alterazioni della lamina cribrosa, etc.).

5) Le malformazioni e le alterazioni acquisite della faringe, della laringe e della trachea, quando siano causa di rilevanti disturbi funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le flogosi faringotonsillari croniche con presenza nel tampone faringeo di streptococco beta-emolitico gruppo A e rilievi clinico-sierologici a essa correlati;

- le tonsilliti croniche specifiche;

- l'ipertrofia tonsillare di grado notevole con gravi alterazioni funzionali;

- le malformazioni, gli esiti di lesioni e le malattie croniche della faringe, con importanti alterazioni funzionali; l'ascesso ossifluente da morbo di Poti cervicale, la malattia di Isanbert, i gozzi tiroidei linguiali, gli esiti di processi specifici faringei con gravi disturbi funzionali, gli adenomi ipofisari extrasellari, il fibroma giovanile, le cisti disembrigenetiche e le cisti di ritenzione, il fibromixoma faringeo.

Nella nevralgia del glosso faringeo bisogna escludere l'esistenza di patologie primitive di cui la nevralgia e' sintomo (neoplasie dell'angolo ponto-cerebellare, aneurisma della carotide, abnorme lunghezza del processo stiloideo, etc).

- Le malformazioni, gli esiti di lesioni e le malattie croniche della laringe e della trachea con importanti alterazioni funzionali, il diaframma congenito, il laringocele congenito e non, l'epiglottide bifida, l'agenesia totale dell'epiglottide, gli esiti di lesione di origine traumatica con significativo impegno anatomofunzionale, la leucoplasia, gli esiti di processi flogistici con ampie mutilazioni delle strutture, la granulomatosi di Wegener a localizzazione laringea, la papillomatosi laringea giovanile estesa; le stenosi tracheali (post-traumatica, post-infiammatoria, postoperatoria) indipendentemente dalla loro estensione;

- i gravi disturbi organici e funzionali della favella.

Sono necessari per il giudizio diagnostico:

- per le patologie faringee:
  - laringoscopia indiretta e ipo-faringoscopia con fibre ottiche per via nasale e transorale;
  - radiogramma in proiezione laterale eventuale TC;
- per le patologie laringo-tracheali:
  - fibroscopia rigida o flessibile;
  - fibroscopia;
  - esame TC della laringe in fonazione e in respirazione;
  - esame TC del mediastino.

U) Dermatologia.

Le alterazioni congenite e acquisite, croniche della cute e degli annessi, estese o gravi o che, per sede, determinino rilevanti alterazioni funzionali o fisiognomiche, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le malattie infettive cutanee e tutte le dermatiti croniche o recidivanti di origine flogistica o immunitaria che per la loro sede ed estensione determinino rilevanti disturbi fisiognomici o funzionali;
- dermatite atopica e dermatite allergica da contatto;
- orticaria cronica;
- psoriasi;
- alopecia areata;
- acne, iperidrosi e ittiosi;
- nevi congeniti giganti;
- epidermolisi bollosa.

V) Apparato locomotore.

1) Le patologie e i loro esiti, anche di natura traumatica, dell'apparato scheletrico, dei muscoli, delle strutture capsulolegamentose, tendinee, aponeurotiche e delle borse sinoviali causa di evidenti dismorfismi o di rilevanti limitazioni funzionali, trascorso, se occorre, il periodo di inabilita' temporanea.

Rientrano in questa fattispecie:

- le malattie infiammatorie, endocrino-metaboliche, osteodistrofiche, osteocondrosiche, sistemiche e Irosteonecrosi e le displasiche;
- scoliosi con angolo di Lippman Cobb superiore a 25°, la schisi ampia di almeno due archi vertebrali e le altre malformazioni causa di rilevanti limitazioni funzionali;
- esiti funzionali di trattamento chirurgico della colonna vertebrale;
- le ernie discali e i loro esiti chirurgici;
- le discopatie e le protrusioni quando sono associate a segni clinici (o elettromiografici) di sofferenza radicolare;

- le sinostosi, emispondilo, spina bifida, spondilolisi, spondilolistesi, stenosi spinali congenite e acquisite, costa cervicale con sintomi nervosi o vascolari, cifosi dorsale superiore a 55°, etc.;

- le endoprotesi e artroprotesi delle grandi articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio e caviglia);

- gli esiti di fratture articolari con residua presenza dei mezzi di sintesi o con alterazioni delle superfici articolari e con possibile evoluzione artrosica;

- le patologie croniche e gli esiti di lesioni delle aponeurosi (fibromatosi palmare o piantare, retrazioni, ernie muscolari, etc.) con impegno funzionale;

- le malformazioni, le patologie croniche e gli esiti di lesioni dei muscoli (miopatie congenite, agenesie, atrofie, contratture permanenti, miositi, etc.) (miopatie già in art. 15);

- le ipotrofie muscolari degli arti con differenza perimetrica superiore a 2 cm. e con significativo impegno funzionale;

- le patologie croniche e gli esiti di lesioni dei tendini e delle borse (tendinopatie, lussazioni tendinee, disinserzioni, patologie congenite tendinee, etc.);

- le osteocondriti dissecanti di importanti articolazioni di carico (anca, ginocchio, tibiotarsica);

- le lussazioni inveterate e recidivanti delle grandi articolazioni;

- gli esiti di ricostruzione capsulo legamentosa del ginocchio e di altre grandi articolazioni con segni clinici e strumentali di lassità residua e/o sofferenza condrale o subcondrale con impegno funzionale;

- gli esiti di meniscectomia con segni clinici e strumentali di interessamento degenerativo delle superfici articolari e/o deviazione dell'asse di carico dell'arto inferiore.

2) La mancanza anatomica o la perdita funzionale permanente almeno di:

2.1) un dito di una mano;

2.3) falangi ungueali delle ultime quattro dita di una mano;

2.3) falangi ungueali di cinque dita fra le due mani, escluse quelle dei pollici;

2.4) un alluce;

2.5) due dita di un piede.

3) Le deformità gravi congenite e acquisite degli arti.

Rientrano in questa fattispecie:

- la dismetria superiore a 3 centimetri tra gli arti inferiori;

- il ginocchio valgo con distanza intermalleolare superiore a cm. 6 con asse meccanico passante oltre il 55% del piatto tibiale laterale;

- il ginocchio varo con distanza intercondiloidea superiore a cm. 8 con asse meccanico passante oltre il 40% del piatto tibiale mediale;

- il cubito varo o valgo con deviazione superiore a 20°;

- la sinostosi tarsale e radioulnare;

- il piede piatto valgo bilaterale e il piede cavo bilaterale con angolo di Costa Bertani > 140° o di Moreau > 160°;

- il piede torto;

- l'alluce valgo, il dito a martello con sublussazione metatarso-falangea e le dita sovranumerarie.

Per le patologie congenite e acquisite dei piedi sono necessari per il giudizio diagnostico la podoscopia ed esami comparati RX dei piedi sotto carico.

Z) Altre cause di non idoneita'.

1) Le imperfezioni o le infermita' non specificate nell'elenco ma che rendano il soggetto palesemente non idoneo al servizio militare.

Dopo osservazione.

Rientrano in questa fattispecie quelle patologie non riconducibili ad alcuna di quelle previste nell'elenco.

2) Il complesso di imperfezioni o infermita' che, specificate o non nell'elenco, non raggiungono, considerate singolarmente, il grado richiesto per la riforma ma che, in concorso tra loro, rendano il soggetto palesemente non idoneo al servizio militare.

Dopo osservazione.

Direttiva tecnica per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare

#### Avvertenze

La presente direttiva stabilisce i criteri per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare e fornisce indicazioni, con particolare riguardo alle imperfezioni, infermita' e condizioni somato-funzionali di piu' frequente riscontro o di maggiore rilevanza, codificate nell'elenco generale che della presente direttiva costituisce parte integrante.

Per il personale militare volontario gia' in servizio al momento di entrata in vigore della presente direttiva a trovare applicazione, ai fini del passaggio in servizio permanente nell'ambito della stessa categoria di personale, qualora piu' favorevoli, i requisiti di idoneita' al servizio militare contenuti nelle direttive vigenti al momento del reclutamento.

Il profilo sanitario e' un sistema che consente una valutazione rapida e sintetica delle condizioni psico-fisiche del soggetto, mediante nove caratteristiche somato-funzionali che riguardano gli apparati o sistemi di seguito elencati:

sistema psichico (PS), costituzione (CO), apparato cardiocircolatorio (AC), apparato respiratorio (AR), apparati vari (AV), apparato locomotore (LS o LI rispettivamente se l'affezione interessa la parte soprastante o sottostante l'articolazione D12 - L1), funzione visiva (VS) e funzione uditiva (AU).

#### PROFILO SANITARIO

Caratteristiche somato funzionali	PS	CO	AC	AR	AV	Ls	Li	VS	AU
Fascia A: Coefficiente	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
Fascia B: Coefficiente	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4
[1]									

[1] Spazio per l'indicazione in lettere del coefficiente assegnato a ciascuna caratteristica somato-funzionale.



Ciascuna caratteristica somato-funzionale viene delineata mediante l'attribuzione di un coefficiente di validita' decrescente da 1 a 4.

I coefficienti 1 o 2 vengono attribuiti alla specifica caratteristica somatofunzionale solo in assenza di patologie ovvero in presenza di alterazioni

patologiche senza alcuna rilevanza, sotto il profilo medico-legale, ai fini dell'espletamento del servizio militare.

I coefficienti 1 e 2 delineano, pertanto, un profilo sanitario, inquadrabile nella fascia A, che individua il grado di validita' richiesto, in generale, per l'arruolamento volontario, fatti salvi gli specifici requisiti e le eventuali deroghe indicati da ogni Forza armata.

I coefficienti 3 o 4, che delineano un profilo sanitario inquadrabile nella fascia B, vengono attribuiti alla specifica caratteristica somato-funzionale in presenza di alterazioni patologiche che, per scarsa incidenza, sotto il profilo medico-legale, possono consentire di assolvere il servizio militare volontario, ove previsto da disposizioni speciali o deroghe indicate da ciascuna Forza armata.

Nei casi in cui si deve attribuire il coefficiente 3 o 4 alla caratteristica AV, viene barrata la voce della tabella di riferimento corrispondente a uno o piu' degli apparati o sistemi di seguito elencati:

apparato endocrinometabolico (EM), apparato ematologico-immunitario (EI), apparato digerente (DG), apparato urogenitale (UG), apparato vascolare periferico (VP), apparato cutaneo (CU), sistema nervoso (NR), apparato stomatognatico (SG), apparato oculare (OC), apparato otorino-laringoiatrico (OR).

TABELLA DI RIFERIMENTO PER I COEFFICIENTI 3 o 4 DELLA CARATTERISTICA AV

EM	EI	DG	UG	VP	CU	NR	SG	OC	OR
3   4	3   4	3   4	3   4	3   4	3   4	3   4	3   4	3   4	3   4
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
[1]									

[1] Spazio per l'indicazione in lettere del coefficiente assegnato a ciascuna caratteristica somato-funzionale.

Nei casi in cui sono barrate due o piu' delle predette voci, la classifica della caratteristica AV e' quella dell'apparato o degli apparati con il coefficiente peggiore.

Si precisa che con le voci OC e OR vengono classificate tutte le patologie, rispettivamente dell'apparato oculare e dell'apparato otorinolaringoiatrico, mentre le caratteristiche VS e AU indicano, rispettivamente, la sola funzione visiva e uditiva.

Le imperfezioni e le infermita' non menzionate nella presente direttiva e incidenti sull'efficienza somato-funzionale del soggetto in misura non inabilitante, isolatamente o nel loro complesso, sono valutate secondo il criterio dell'analogia o dell'equivalenza con le imperfezioni e le infermita' elencate.

Nell'applicazione dei citati criteri si tiene conto del fatto che:

- il coefficiente «2» puo' essere attribuito anche in presenza di disturbi funzionali lievi che, a giudizio dell'organo sanitario, non hanno alcuna incidenza, sotto il profilo medico-legale, ai fini dell'espletamento del servizio militare;

- i coefficienti «3» o «4» possono essere attribuiti anche in presenza di alterazioni anatomiche o funzionali che, a giudizio dell'organo sanitario, non raggiungendo una rilevanza di grado inabilitante al servizio militare, risultano di scarsa incidenza, sotto il profilo medico-legale, ai fini dell'espletamento del servizio militare.

Al fine di un'agevole consultazione e applicazione della presente direttiva, per i casi in cui non sono specificatamente richiesti le caratteristiche e i coefficienti, sono riportate conservando il codice dell'elenco generale:

1) nell'elenco A, di cui all'allegato n. 1 alla presente direttiva, le imperfezioni, le infermita' e le condizioni somato-funzionali, compatibili con un profilo sanitario inquadrabile nella fascia A, senza l'indicazione del coefficiente/caratteristica;

2) nell'elenco B, di cui all'allegato n. 2 alla presente direttiva, le imperfezioni, infermita' e le condizioni somato-funzionali, compatibili con un profilo sanitario inquadrabile nella fascia B, senza l'indicazione del coefficiente/caratteristica.

(Allegato 1)

Allegato 1

Elenco A

[Parte di provvedimento in formato grafico](#)

Imperfezioni, infermita' e condizioni somato-funzionali

(Allegato 2)

Allegato 2

Elenco B

Imperfezioni, infermita' e condizioni somato-funzionali

[Parte di provvedimento in formato grafico](#)