



“LINEE GUIDA IN ATTUAZIONE DEL DECRETO DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELLA SALUTE, 11 GENNAIO 2016, PREVISTO DALL’ART. 25 DEL D. LGS. 14 SETTEMBRE 2015, N. 151”.

La previsione di esenzione in precise fattispecie dall’obbligo di reperibilità del lavoratore assente per incapacità temporanea allo svolgimento del lavoro specifico, introdotta per i *pubblici dipendenti* con DPCM 18.12.2009 n. 206, del tutto di recente è tralata con modifiche anche nella disciplina riguardante i lavoratori subordinati del privato.

L’impatto della novella regolamentare sull’organizzazione del lavoro, in rapporto alle presenze giornaliere dei lavoratori, e sulla governance assicurativo-previdenziale non è di trascurabile profilo ove non fosse oculatamente soppesato il giudizio medicolegale e garantito in ogni caso il sistema dei controlli, anche perché è fissato un tetto massimo di 180giorni di comporta!

L’intento di tutela che si evince dal Regolamento in parola è che si vogliono tutelare da restrizioni temporali quei lavoratori in malattia, qualora entrino in gioco:

- un ***vulnus funzionale intenso e inconsueto*** rispetto la casistica più frequente di malattia e tale da necessitare di contestuale somministrazione di terapie “estreme” ben debitamente certificate
- una ***malattia*** temporanea ***determinata*** o ***connessa*** alla menomazione che, valutata in sede medico legale pluricratica, abbia visto assegnarsi una percentuale pari o superiore ai due terzi (67%) di invalidità permanente.

A rendere più complesso il quadro, rileva che non esiste ***né*** una normativa specifica ***né*** un’elencazione statuita delle **gravi patologie** ovvero delle **terapie con la qualificazione di “salvavita”**.

In senso letterale, si può parlare di terapia salvavita quando vi sia un “pericolo di vita” immediato e concreto ovvero procrastinato, ma altrettanto certo o fortemente probabile: sono terapie salvavita quelle praticate in rianimazione, ma anche quelle che – se non assunte – espongono certamente alla morte.



Tuttavia, in senso analogico, potrebbe diventare assimilabile alla terapia salvavita qualunque terapia che si debba assumere cronicamente come, a mero titolo esemplificativo e non certo esaustivo, *quella anticoagulante*, perché altrimenti può verificarsi un'embolia mortale o gravemente invalidante; *quella antipertensiva*, per scongiurare le rotture vasali e conseguenti emorragie; *quella antibiotica*, per le infezioni croniche o subacute delle ossa onde evitare gli ascessi ossifluenti; *quelle profilattiche antitubercolari*; *quelle immunosoppressive* in tutte le patologie autoimmuni o nei trapiantati e in numerose altre circostanze.

Ma è di tutta evidenza che non può essere questa l'interpretazione perché sarebbe implicitamente rimosso in via surrettizia *erga omnes* l'obbligo stesso di reperibilità a controllo, essendo la patologia cronica - di cui le esemplificate terapie sarebbero emendamento - largamente rappresentata nei lavoratori con un progressivo incremento in rapporto al progredire dell'età.

Non essendoci, dunque, riferimenti univoci e finalizzati alla specificità dell'argomento e per non lasciare ogni eventuale riconoscimento nell'alea della mera analogia, ancor più aggravata dal fatto che, chiamata ad attestare tali condizioni, è una vera molteplicità di "curanti" con criteri e personali modalità operative spesso molto difforni persino su medesimi ambiti territoriali, sembra più che mai utile **fornire linee d'indirizzo**, anche suscettibili di periodico aggiornamento, che garantiscano la maggiore omogeneità possibile di approccio.

PATOLOGIE GRAVI CHE RICHIEDONO TERAPIE SALVAVITA

DECRETO MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI 11 gennaio 2016

Art.1 co.2 - Le patologie di cui al comma 1, lettera a), devono risultare da idonea documentazione, rilasciata dalle competenti strutture sanitarie, che attesti la natura della patologia e la specifica terapia salvavita da effettuare.

In premessa, bisogna ricordare che la nozione di "**infermità**" (*da in-firmus = non fermo, debole*), che costituisce il rischio assicurato *ex lege* 29 Febbraio 1980, n. 33, si riferisce ad una disfunzione relativa alla funzione organica/psichica interessata, mono o pluriorgano, in conseguenza di processi morbosi, **quantitativamente** caratterizzata.



La "malattia", nell'indicare un "Fenomeno anormale o patologico che altera l'integrità anatomica degli organi o ne fa deviare il funzionamento in senso dannoso" invece, fa riferimento ad una diagnosi nosologica ed è, pertanto, prevalentemente **qualitativa**.

Il termine "**patologia**" (dal greco antico πάθος: "sofferenza"; λογία: "studio") - oltre ad indicare quella branca della medicina che si occupa dello studio delle malattie, nei loro aspetti fondanti: cause, evoluzione, danno - è anche sinonimo dotto di "malattia".

Sul piano medico e medico legale, entrambi i termini - **malattia /patologia** - sottendono la **necessarietà** della **disfunzione modulata secondo progressiva severità**.

SUL CONCETTO DI "GRAVITÀ"

Molte sono le patologie che possono essere considerate gravi e, alquanto spesso, esse assumono un andamento clinico subacuto/persistente o addirittura cronico.

Tuttavia, l'Ordinamento, quando vuole sostanziare una situazione ad "alta intensità di rischio" - cioè che l'evento da scongiurare o tutelare accada veramente - qualifica quella situazione con l'aggettivo **grave**, senza indicarne il correlato significato concreto: manca cioè la "misura" parametrata.

La malattia/patologia/sindrome è, oggi, intesa dalla dottrina medico legale come **un'alterazione quali-quantitativa dello stato di salute** che induca una **modificazione peggiorativa dello stato anteriore suscettibile di apprezzamento clinico e/o, eventualmente, medico legale**, caratterizzata dai seguenti attributi: *ANORMALITÀ, EVOLUTIVITÀ, BISOGNO di CURE, DISFUNZIONALITÀ, MANCATA ESPANSIONE DELLE ATTIVITÀ SOCIO-RELAZIONALI* ecc.

Tali situazioni si connotano per essere **gravi** se si appalesano per un **considerevole disordine funzionale**, in grado di **scemare sensibilmente e in modo severo la funzione dell'organo /apparato /sistema** in quella fattispecie compromessa.



Quindi, del processo morboso in esame è necessario valutare:

1. LA SUA **NATURA CLINICA**
2. L'**ENTITÀ DELLA DISFUNZIONE** che determina
3. IL **CONCRETARSI** a carico della persona **IN MODO ACUTO**, anche se più ampiamente iscritto in un decorso più torpido o cronico
4. La sua **STORIA NATURALE/MODIFICATA DALLA TERAPIA**

E' opportuno precisare come la qualificazione di "**Grave**" non attiene:

- **né** le strategie di diagnosi o la particolare indaginosità degli accertamenti/trattamenti eseguiti (*ad es, l'aver eseguito trattamento chirurgico in anestesia generale*)
- **né** la tipologia/importanza della Struttura in sé per sé considerata cui ci si rapporta (*essere stati ricoverati in ospedali di eccellenza*) o altro di segno socio-ambientale (*aver avuto bisogno di assistenza personale, come in caso di fratture agli arti inferiori*).

In sintesi, dunque, quello che si è voluto tutelare, esonerando dall'obbligo di reperibilità, non può che essere la "**straordinarietà**" dell'episodio morboso - isolato o anche iscritto in un eventuale decorso cronico - per cui è **l'evento intrinsecamente "drammatico"** a costituire la situazione da cui scaturisce l'esonerabilità.

TERAPIA SALVAVITA

Il secondo pre-requisito per rendere operativo l'esonero dalla reperibilità - da concretarsi **contestualmente** alla grave patologia - è il veder somministrata **TERAPIA SALVAVITA**.



Come già detto, non esiste un'elencazione di farmaci salvavita, men che meno di terapie ad essi assimilabili. Oggi, si dispone solo di una lista¹ che, però, attiene ad apprezzamenti di carattere economico ed è, pertanto, suscettibile di fluttuazioni in relazione alla capienza di bilancio delle singole Regioni.

L'unico riferimento dottrinale scevro di considerazioni contabili (che risente però dell'impossibilità di stilare un inventario nominativo dei farmaci che possono rientrare nella definizione) è quello giurisprudenziale.

In quest'ultimo ambito, ad es. con Sentenza di C. Cass. Sez. I, 11 luglio 2002, n. 26646, si è affrontato questo delicato capitolo delle cure salvavita asserendo che ***è salvavita quella terapia che consente di salvare la vita al paziente***, che può essere anche rifiutata liberamente e consapevolmente (ad esempio rifiuto della trasfusione per motivi religiosi), ravvisando il reato di violenza privata nel comportamento del medico che imponesse la terapia contro la volontà del paziente e che può persino sconfinare nell'accanimento terapeutico, quando l'insistere con trattamenti di sostegno vitale sia *immediatamente* ingiustificato o sproporzionato, malgrado non esistano linee-guida di natura tecnica ed empirica di orientamento comportamentale dei medici davanti a situazioni di insostenibilità della qualità della vita o di degradazione della persona.

Dunque, sono "salvavita" quelle cure "indispensabili a tenere in vita" la persona e, in certa misura, sono indipendenti dalla qualità intrinseca del/dei farmaco/i usati ad essere salvavita.

Infatti, quel farmaco potrebbe essere salvavita nei confronti di una determinata patologia, ma non esserlo più se somministrato in caso di patologia diversa verso cui ha pur tuttavia indicazione d'uso e/o con altra posologia.

In altre parole un antibiotico può essere salvavita in un paziente con AIDS, mentre svolgere il suo semplice, normale ruolo antimicrobico non salvavita in un soggetto immunocompetente.

¹ Tipico esempio, è quella contenuta nel famoso File F (*capitolo di spesa sanitaria dove confluiscono i farmaci salvavita, le medicine che curano malattie oncologiche, Aids, epilessia e particolari patologie neurologiche, malattie rare, tesaurismi*) dove alcuni farmaci entrano ed escono anche su base annuale.



L'eparina è salvavita, ad esempio, in caso di trombosi completa della vena cava, ma si derubrica a comune presidio antitrombotico in caso di profilassi preoperatoria o di terapia della flebite complicata.

Alcuni antiepilettici maggiori sono salvavita se usati nell'epilessia; a posologia inferiore, semplicemente aumentano la soglia del dolore in cefalee ribelli o in nevriti post-herpetiche.

Così anche i **farmaci biologici**:

- **svolgono il ruolo di salvavita** se utilizzati *nelle chemioterapie neo-adiuvanti* e perfezionano i due requisiti richiesti per l'esonero dalla reperibilità in caso la patologia neoplastica abbia indotto una grave disfunzione produttiva di incapacità al lavoro;
- *impiegati nelle reumopatie*, gli inibitori del TNF-alfa svolgono azione patogenetica sui mediatori della flogosi e agiscono mitigando esclusivamente gli effetti disfunzionali e ***in nessun caso possono considerarsi "salvavita" né possono dirsi ad essi "assimilabili"*** (perché, semmai, la vita hanno la potenzialità di comprometterla).

In quest'ultimo caso, si verte solo nell'ambito delle **terapie funzionali antidisabilità**, con miglioramento della **qualità** della vita, non anche della sua durata, e spesso proprio per mantenere integra la capacità al lavoro.

Nel novero delle possibili situazioni che deve vagliare il medico certificatore, esistono anche quadri morbosi in cui è indispensabile assumere quotidianamente la prescritta dose di farmaco o pattern compositi plurifarmaco.

In tal caso, la terapia - *sostitutiva* o *curativa* - assume la connotazione di "**TERAPIA VITALE**", poiché se il soggetto non assumesse **cronicamente** e **con consapevole regolarità** certe terapie sostitutive/soppressive ovvero modulanti o contrastanti il quadro morboso, la stessa vita sarebbe compromessa, nella sua durata o nella sua estrinsecazione funzionale (es.: terapia antiretrovirale), ovvero si avrebbe di fatto il rischio del concretarsi addirittura di un evento fatale se non fosse garantito in circolo il corretto livello di sostanze (come ad es. gli ormoni).



E' bene ricordare che, *in questa appena descritta situazione di patologie croniche a supporto terapeutico costante, spesso non sussiste neppure specifica incapacità al lavoro*: anzi, la prestazione lavorativa può essere assicurata proprio per il fatto che si assume per un tempo indefinito un qualsiasi farmaco che sia idoneo ad emendare lo stato di malattia o a prevenirne gli effetti più drammatici, risultando pertanto indispensabile.

Ben diverso concetto è quello della "**TERAPIA SALVAVITA**" dove è implicitamente esclusa ogni forma di somministrazione cronica del farmaco che, per contro, deve di necessità essere assunto episodicamente per emendare un pericolo di vita attuale e causalmente dovuto a patologia grave in atto estrinsecante il pericolo di vita o l'intensa compromissione acuta del complessivo stato di salute (*ad esempio, gli scompensi acuti che, se non altrimenti e prontamente curati, provocano il coma e la morte in un progressivo avvimento in pejus di eventi.*

Non anche, per contro, stati diabetici insulinodipendenti né tanto meno day hospital collegati a periodici accertamenti, anche se indispensabili al monitoraggio della malattia; collagenopatie in terapia con immunosoppressivi/terapie biologiche; interventi di chirurgia plastica ricostruttiva anche se successivi a importanti demolizioni corporee da altre cause; interventi chirurgici che richiedano anestesia generale laddove non significa assolutamente che ne sia sottesa una grave infermità, per la quale la legge prevede di entrare nel merito della "natura", poiché l'anestesia di per sé è solo un mezzo per privare l'atto operatorio del dolore ed è condotta in via generale o locale per varie motivazioni).

In avversa ipotesi, come altrove anticipato, sarebbe esentata dall'obbligo di reperibilità *sempre e comunque* la maggior parte dei lavoratori e per la totalità della c.d. "vita attiva".

In pratica, la sottile differenza semantica fra **TERAPIA VITALE** e **TERAPIA SALVAVITA** parrebbe ben essere equiparata a quella esistente fra **terapia preventiva** e **terapia emendativa**: la **prima**, infatti, mira a prevenire - mediante la regolare assunzione - il verificarsi di eventi peggiorativi lo statu quo ante, a mitigare l'effervescenza sindromico-funzionale della malattia e a



scongiurare eventi maggiori; la **seconda**, invece, pone rimedio agli effetti più nefasti e/o letali di un evento maggiore che già si è verificato.

Sulla base di queste considerazioni, si definisce di seguito una:

**LISTA DI RIFERIMENTO PER SITUAZIONI PATOLOGICHE
CHE INTEGRANO IL DIRITTO ALL'ESONERO DELLA FASCE DI REPERIBILITÀ**

SINDROMI VASCOLARI ACUTE CON INTERESSAMENTO SISTEMICO
EMORRAGIE SEVERE /INFARTI D'ORGANO
COAGULAZIONE INTRAVASCOLARE DISSEMINATA E
CONDIZIONI DI SHOCK – STATI VEGETATIVI DI QUALSIASI ETIOLOGIA
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA ANCHE SU BASE INFETTIVA (polmoniti e broncopolmoniti severe, ascesso polmonare, sovrainfezioni di bronchiectasie congenite, fibrosi cistica)
INSUFFICIENZA MIocardica ACUTA SU BASE ELETTRICA (gravi aritmie acute), ISCHEMICA (infarto acuto), MECCANICA (defaillance acuta di pompa) E VERSAMENTI PERICARDICI
CIRROSI EPATICA NELLE FASI DI SCOMPENSO ACUTO
GRAVI INFEZIONI SISTEMICHE FRA CUI AIDS CONCLAMATO
INTOSSICAZIONI ACUTE AD INTERESSAMENTO SISTEMICO ANCHE DI NATURA PROFESSIONALE O INFORTUNISTICA NON INAIL (arsenico, cianuro, acquaragia, ammoniaca, insetticidi, farmaci, monossido di carbonio, etc.)



IPERTENSIONE LIQUORALE ENDOCRANICA ACUTA

MALATTIE DISMETABOLICHE IN FASE DI SCOMPENSO ACUTO

MALATTIE PSICHIATRICHE IN FASE DI SCOMPENSO ACUTO E/O IN TSO

NEOPLASIE MALIGNI, IN.

- **Trattamento CHIRURGICO E NEOADIUVANTE**
- **Chemioterapico ANTIBLASTICO E/O SUE COMPLICANZE**
- **Trattamento RADIOTERAPICO**

SINDROME MALIGNA DA NEUROLETTICI

TRAPIANTI DI ORGANI VITALI

ALTRE MALATTIE ACUTE CON COMPROMISSIONE SISTEMICA (*a tipo* pancreatite, mediastinite, encefalite, meningite, ect...) PER IL SOLO PERIODO CONVALESCENZIALE

QUADRI SINDROMICI A COMPROMISSIONE SEVERA SISTEMICA SECONDARI A TERAPIE O TRATTAMENTI DIVERSI (*a tipo* trattamento interferonico, trasfusionale)

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



STATI PATOLOGICI SOTTESI O CONNESSI ALLA SITUAZIONE DI INVALIDITÀ RICONOSCIUTA

DECRETO MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI 11 gennaio 2016

Art.1 co.3 - Per beneficiare dell'esclusione dell'obbligo di reperibilità, l'invalidità di cui al comma 1, lettera b), deve aver determinato una riduzione della capacità lavorativa, nella misura pari o superiore al 67 per cento.

In Italia, si deve premettere che esistono molte tipologie di invalidità, ma la richiamata norma parla solo di "**invalidità riconosciuta**", pertanto, deducendone che qui viene in rilievo l'invalidità qualsiasi sia il preposto organo giudicante che l'abbia stabilita purché pari o superiore al 67%.

Le tipologie di invalidità, che il medico può ritrovare nella documentazione da dover esaminare e conservare a supporto della prescrizione di esonero, sono le seguenti:.

1. l'invalidità civile, cecità civile e sordità civile;
2. l'invalidità del lavoro – tecnopatica e infortunistica - accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti;
3. l'invalidità ordinaria previdenziale dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) in base alle disposizioni vigenti;
4. l'invalidità di guerra, civili di guerra e per servizio con minorazioni ascritte a categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

Orbene, mentre le prime due tipologie sono tabellate e nella valutazione prevedono l'assegnazione di una percentuale di *minus* al verificarsi del rischio, la terza prevede il cut-off dei 2/3 e la quarta ascrivibilità a *range* categoriali.



E' indubbio che il sistema tabellare dell'invalidità civile è quello che pone più problemi *sia* perché le voci ivi ricomprese non sono esaustive – quindi, il ricorso all'analogico è frequentissimo – *sia* perché a sostegno della percentuale assegnata si trova più spesso un "complesso menomativo" per plurime infermità concorrenti e/o coesistenti piuttosto che una singola menomazione.

A sostegno della frequenza casistica di questa osservazione, le stesse tabelle in vigore relative all'invalidità civile, declamano nella Parte Prima le modalità di utilizzo delle stesse².

² 2) NEL CASO DI INFERMITÀ UNICA, la percentuale di BASE della invalidità permanente viene espressa utilizzando, per le infermità elencate nella tabella:

- a. la percentuale fissa di invalidità, quando l'infermità corrisponde, per natura e grado, esattamente alla voce tabellare (colonna "fisso");
- b. la misura percentuale di invalidità calcolata rimanendo all'interno dei valori di fascia percentuale che la comprende quando l'infermità sia elencata in fascia (colonna "min-max");
- c. se l'infermità non risulta elencata in tabella viene valutata percentualmente ricorrendo al criterio analogico rispetto ad infermità analoghe e di analoga gravità come indicato sub a) e sub b).

3) NEL CASO DI INFERMITÀ PLURIME, i criteri per giungere alla valutazione finale sono i seguenti: sono calcolate dapprima le percentuali relative alle singole infermità secondo i criteri individuati al punto 2) lettere a) b) c).

Di seguito, occorre tener presente che le invalidità dovute a menomazioni multiple per infermità tabellate e/o non tabellate possono risultare da un concorso funzionale di menomazioni ovvero da una semplice loro coesistenza. Sono funzionalmente in concorso tra loro, le menomazioni che interessano lo stesso organo o lo stesso apparato. In alcuni casi, il concorso è direttamente tariffato in tabella (danni oculari, acustici, degli arti ecc.). In tutti gli altri casi, valutata separatamente la singola menomazione, si procede a VALUTAZIONE COMPLESSIVA, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello tariffato per la perdita totale anatomico-funzionale dell'organo o dell'apparato. A mente dell'art. 5 D.L. n. 509 del 1988, nella valutazione complessiva della invalidità, non sono considerate le minorazioni iscritte tra lo 0 ed il 10%, purché non concorrenti tra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori. Non sono state inoltre individuate altre minorazioni da elencare specificatamente ai



Sicché, anche una valutazione apparentemente importante come quella pari o superiore al 67% potrebbe in teoria essere lecitamente raggiunta in *valutazione complessiva* anche da un coacervo cumulato di piccole invalidità a partire dall'11%.

Premesso che si può procedere all'esclusione dalla reperibilità **solo se il quadro morboso all'origine dell'esonerando evento di malattia è sotteso o connesso a patologie che devono aver determinato una riduzione della capacità lavorativa nella misura pari o superiore al 67%**, diventa, dunque, davvero importante che, per scongiurare che si verifichino eccessi anche incolpevoli nelle richieste di esonero e/o nell'attribuzione dello stesso, il medico certificatore abbia ad unico riferimento **le patologie che sono elencate:**

- in caso di *invalidità di guerra, civili di guerra e per servizio*, le patologie elencate nella **Tabella E** e nelle prime **TRE CATEGORIE** della **Tabella A** annesse al **D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834**
- in caso di *invalidità civile, cecità civile e sordità civile*, le patologie elencate nella **Terza parte: Nuova tabella ordinata in fasce ovvero in misura fissadel D.M. 5 febbraio 1992 "Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti"** per le sole **FASCE PERCENTUALI 91-100; 81-90; 71-80; 61-70 nei soli casi pari o maggiori del 67%**.

sensi dello stesso art. 5. Sono in coesistenza le menomazioni che interessano organi ed apparati funzionalmente distinti tra loro. In questi casi, dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna menomazione si esegue un CALCOLO RIDUZIONISTICO mediante la seguente formula ESPRESSA IN DECIMALI:

$$IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$$

dove l'invalidità totale finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto. Ad esempio, se la prima menomazione (IP1) è valutata con il 20% e la seconda (IP2) con il 15%, il risultato finale (IT) sarà $(0,20+0,15)-(0,20 \times 0,15) = 0,32$ e quindi 32%. In caso di menomazioni di numero superiore a due, il procedimento si ripete e continua con lo stesso metodo. Per ragioni pratiche è opportuno avvalersi, a tal fine, di una apposita tavola di calcolo combinato di cui ogni Commissione potrà opportunamente disporre.



In caso di **invalidità previdenziale INPS** ovvero in caso di **danno biologico INAIL pari o superiore alla soglia del 67%**, le patologie presenti nel provvedimento *di riconoscimento*

In altre parole, lo stato morboso che può consentire l'esonero dalla reperibilità non può essere bagatellare ma deve essere connesso ad una patologia in grado di determinare di per sé una menomazione di cospicuo rilievo funzionale, *perché, in avversa ipotesi, si introdurrebbe un discrimine elevato fra l'entità della grave patologia che contestualmente richiede terapia salvavita e l'entità di ben più lievi patologie che, pur determinando un'invalidità percentualmente moderata, ben consentono la prosecuzione del lavoro e una buona sostenibilità socio-relazionale.*

FASCIA 91-100	min	max	fisso
ALZHEIMER CON DELIRI O DEPRESSIONE AD ESORDIO SENILE	0	0	100
DEMENTIA GRAVE	0	0	100
IPOTIROIDISMO GRAVE CON RITARDO MENTALE	0	0	100
INSUFFICIENZA MENTALE GRAVE	91	100	0
SINDROME DI HARTNUP	0	0	95
TRISOMIA 21 CON RITARDO MENTALE GRAVE	0	0	100
SINDROME DELIRANTE CRONICA GRAVE CON NECESSITA' DI TERAPIA CONTINUA	0	0	100
SINDROME SCHIZOFRENICA CRONICA CON AUTISMO, DELIRIO O PROFONDA DISORGANIZZAZIONE DELLA VITA SOCIALE	0	0	100
EPILESSIA GENERALIZZATA CON CRISI PLURISETTIMANALI IN TRATTAMENTO	0	0	100
EPILESSIA GENERALIZZATA CON CRISI QUOTIDIANE	0	0	100
EPILESSIA LOCALIZZATA CON CRISI PLURISETTIMANALI O QUOTIDIANE IN TRATTAMENTO	91	100	0
SINDROME CEREBELLARE GRAVE	91	100	0
DISTURBI CICLOTIMICI CON CRISI SUBENTRANTI O FORME CRONICHE GRAVI CON NECESSITA' DI TERAPIA CONTINUA	0	0	100
AFASIA GRAVE	91	100	0



LESIONE BILATERALE DEI NERVI CRANICI IX-X-XI E XII CON DEFICIT GRAVE DELLA DEGLUTIZIONE, FONAZIONE E ARTICOLAZIONE DEL LINGUAGGIO	91	100	0
CECITA' BINOCULARE	0	0	100
CECITA' MONOCULARE - VISUS NELL'OCCHIO CONTROLATERALE INFERIORE A 1/20	91	100	0
ARITMIE GRAVE PACE-MAKER NON APPLICABILE	0	0	100
TUBERCOLOSI POLMONARE - ESITI FIBROSI PARENCHIMALI O PLEURICI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E DISPNEA A RIPOSO	0	0	100
CIRROSI EPATICA CON DISTURBI DELLA PERSONALITA' (ENCEFALOPATIA EPATICA INTERMITTENTE)	0	0	95
FIBROSI CISTICA DEL PANCREAS CON PNEUMOPATIA CRONICA	0	0	100
FIBROSI POLMONARE INTERSTIZIALE DIFFUSA IDIOPATICA	0	0	95
GLOMERULONEFRITE EREDITARIA	0	0	100
MIOCARDIOPATIE O VALVULOPATIE CON INSUFFICIENZA CARDIACA GRAVISSIMA (IV CLASSE NYHA)	0	0	100
CORONAROPATIA GRAVISSIMA (IV CLASSE NYHA)	0	0	100
PNEUMONECTOMIA CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE	0	0	100
TUMORE DI WILMS	0	0	95
ATROFIA MUSCOLARE CRONICA PROGRESSIVA INFANTILE	0	0	95
EMIPARESI GRAVE O EMIPLEGIA ASSOCIATA A DISTURBI SFINTERICI	0	0	100
PARALISI CEREBRALE INFANTILE CON EMIPLEGIA O ATASSIA	91	100	0
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA GRAVE O PARAPLEGIA ASSOCIATA O NON A DISTURBI SFINTERICI	0	0	100
SINDROME EXTRAPIRAMIDALE PARKINSONIANA O COREIFORME O COREOATETOSICA GRAVE	91	100	0
TETRAPARESI CON DEFICIT DI FORZA GRAVE O TETRAPLEGIA CON ASSOCIAZIONE O NON AD INCONTINENZA SFINTERICA	0	0	100
EMIPELVECTOMIA	0	0	100
PERDITA ANATOMICA O FUNZIONALE DELLE MANI	0	0	100
OLOPROSENFALIA O SINDROME DI BINDER	0	0	100
ESITI DI NEFROPATIA IN TRATTAMENTO DIALITICO PERMANENTE	91	100	0
ARTROPATIA GOTTOSA CON GRAVE IMPEGNO RENALE	91	100	0
DIABETE MELLITO COMPLICATO DA GRAVE NEFROPATIA E/O RETINOPATIA PROLIFERANTE, MACULOPATIA, EMORRAGIE VITREALI E/O ARTERIOPATIA OSTRUTTIVA (CLASSE IV)	91	100	0
IPOPARIROIDISMO NON SUSCETTIBILE DI UTILE TRATTAMENTO	91	100	0



IPOSURRENALISMO GRAVE	91	100	0
NEOPLASIE A PROGNOSE INFAUSTA O PROBABILMENTE SFAVOREVOLE NONOSTANTE ASPORTAZIONE CHIRURGICA	0	0	100
IMMUNODEFICIENZA SECONDARIA CONCLAMATA CON EVIDENZA DI INFEZIONI OPPORTUNISTICHE O TUMORI CORRELATI	91	100	0
TRISOMIA 18 - SINDROME DI EDWARDS	0	0	100
FASCIA 81-90	min	max	fisso
CECITA' MONOCULARE CON VISUS NELL'OCCHIO CONTROLATERALE SUPERIORE A 1/20 - INFERIORE A 3/50	81	90	0
TUBERCOLOSI POLMONARE - ESITI FIBROSI PARENCHIMALI O PLEURICI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE	81	90	0
SINDROME NEFROSICA CON INSUFFICIENZA RENALE GRAVE	81	90	0
DISARTICOLAZIONE DI ANCA	0	0	85
MORBO DI COOLEY (TALASSEMIA MAJOR)	0	0	90
FASCIA 71-80	min	max	fisso
PSICOSI OSSESSIVA	71	80	0
SINDROME SCHIZOFRENICA CRONICA CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELLE RELAZIONI SOCIALI E LIMITATA CONSERVAZIONE DELLE CAPACITA' INTELLETTUALI	71	80	0
SINDROME DELIRANTE CRONICA	71	80	0
SINDROME DEPRESSIVA ENDOGENA GRAVE	71	80	0
PERDITA TOTALE DELLA LINGUA	71	80	0
LARINGECTOMIA TOTALE	0	0	75
LARINGECTOMIA TOTALE CON TRACHEOSTOMIA DEFINITIVA	0	0	80
SORDOMUTISMO O SORDITA' PRELINGUALE DA PERDITA Uditiva GRAVE BILATERALE CON EVIDENTI FONOLOGOPATIE AUDIOGENE	0	0	80
CECITA' MONOCULARE - VISUS CONTROLATERALE SUPERIORE A 3/50 - INF. 1/10 CON RIDUZIONE DEL CAMPO VISIVO DI 30°	71	80	0
RESTRINGIMENTO CONCENTRICO DEL CAMPO VISIVO CON CAMPO RESIDUO INFERIORE A 10° IN ENTRAMBI GLI OCCHI	0	0	80
BRONCHIECTASIA CONGENITA ASSOCIATA A MUCOVISCIDOSI	0	0	80
CIRROSI EPATICA CON IPERTENSIONE PORTALE	71	80	0
STENOSI CONGENITA DELLA POLMONARE GRAVE (III CLASSE NYHA)	71	80	0
STENOSI O COARTAZIONE AORTICA CONGENITA SERRATA (III CLASSE NYHA)	0	0	75



EPATITE CRONICA ATTIVA NELL'INFANZIA	71	80	0
MIOCARDIOPATIE O VALVULOPATIE CON INSUFFICIENZA CARDIACA GRAVE (III CLASSE NYHA)	71	80	0
CORONAROPATIA GRAVE (III CLASSE NYHA)	71	80	0
IPOPLASIA RENALE BILATERALE	0	0	75
MALATTIA POLMONARE OSTRUTTIVA CRONICA - PREVALENTE BRONCHITE	0	0	75
PNEUMONECTOMIA CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA MEDIA	0	0	80
ANCHILOSI DI RACHIDE TOTALE	0	0	75
ANCHILOSI DI GINOCCHIO IN FLESSIONE SUPERIORE A 40°	0	0	75
PARESI DELL'ARTO INFERIORE CON DEFICIT DI FORZA GRAVE O PLEGIA ASSOCIATA AD INCONTINENZA SFINTERICA	71	80	0
TETRAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MEDIO	71	80	0
AMPUTAZIONE DI BRACCIO	0	0	75
AMPUTAZIONE DI SPALLA	0	0	80
ASSENZA CONGENITA DELL'ARTO SUPERIORE	0	0	75
DISARTICOLAZIONE DI GOMITO	0	0	75
DISARTICOLAZIONE DI POLSO	0	0	75
DISARTICOLAZIONE DI SCAPOLA	0	0	80
CHEILOGNATOPALATOSCHISI (GOLA LUPINA)	0	0	80
AGENESIA SACRO-COCCIGEA	0	0	80
AGENESIA SACRO-ILIACA	0	0	80
ESOFAGOSTOMIA CERVICALE E GASTROSTOMIA	0	0	80
ESTROFIA DELLA VESCICA URINARIA	0	0	80
TRAPIANTO CARDIACO IN ASSENZA DI COMPLICANZE	0	0	80
TRISOMIA 21	0	0	75
FASCIA 61-70	min	max	fisso
DEMENZA INIZIALE	61	70	0
INSUFFICIENZA MENTALE MEDIA	61	70	0
AFASIA MEDIA	61	70	0
COLITE ULCEROSA (IV CLASSE)	61	70	0
EPATITE CRONICA ATTIVA AUTOIMMUNE	0	0	70
FISTOLA GASRTO-DIGIUNO COLICA (IV CLASSE)	61	70	0
GLOMERULONEFRITE DA IMMUNOCOMPLESSI CON INSUFFICIENZA RENALE LIEVE	61	70	0
MORBO DI CROHN (IV CLASSE)	61	70	0



PANCREATITE CRONICA (IV CLASSE)	61	70	0
RENE POLICISTICO BILATERALE	0	0	70
ANCHILOSI O RIGIDITA' COMPLETA DEL CAPO IN FLESSIONE O IPERESTENSIONE	61	70	0
EMIPARESI GRAVE O EMIPLEGIA (EMISOMA DOMINANTE)	61	70	0
PARESI DELL'ARTO SUPERIORE DOMINANTE CON DEFICIT DI FORZA GRAVE O PLEGIA	61	70	0
AMPUTAZIONE DI AVAMBRACCIO	0	0	70
AMPUTAZIONE METACARPALE	0	0	70
PERDITA DEI DUE PIEDI	0	0	70
CISTOSTOMIA CON CATETERE A PERMANENZA	61	70	0
SINDROME DELLA CAUDA EQUINA COMPLETA CON DISTURBI SFINTERICI E ANESTESIA A SELLA	61	70	0
IPECORTISOLISMO CON MANIFESTAZIONI CLINICHE CONCLAMATE	61	70	0
NEOPLASIA A PROGNOSI FAVOREVOLE CON GRAVE COMPROMISSIONE FUNZIONALE	0	0	70