

ALLEGATO A

LINEE DI INDIRIZZO IN MATERIA DI ACCERTAMENTO DEL DEFICIT SENSIBILE DELLA CAPACITA' DEAMBULATORIA

PREMESSA

Tra le attività sanitarie ad indirizzo medico legale nell'ambito del SSN vi è il rilascio o rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio dei soggetti con capacità deambulatoria sensibilmente ridotta.

Inserito nel contesto normativo di abbattimento delle barriere architettoniche il contrassegno speciale ha l'obiettivo di ridurre quanto più possibile gli impedimenti strutturali che ostacolano il movimento delle persone portatrici di handicap. Attraverso tale provvedimento si è inteso, dunque, favorire l'integrazione sociale dei soggetti portatori di disabilità locomotoria e dei non vedenti, (che siano muniti di contrassegno speciale per il veicolo che li trasporta), ed in definitiva promuovere l'uguaglianza dei cittadini, *senza distinzioni di condizioni personali e sociali* (come dettato dall'art. 3 della Costituzione Italiana e dello Statuto della Regione Toscana)

Disciplina giuridica

Approvato con decreto interministeriale n. 1176 dell'8 giugno 1979 il contrassegno speciale è rilasciato dai Comuni ai disabili a seguito di apposita documentata istanza e previo accertamento medico-legale dell'AUSL competente per territorio. In particolare, la procedura per il rilascio del «contrassegno invalidi» è esplicitamente indicata dall'art. 381 del D.P.R. n. 495 del 16 dicembre 1992 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada". Secondo quanto stabilito dalla citata norma l'interessato al fine di ottenere il rilascio dell'autorizzazione dovrà presentare domanda al sindaco del comune di residenza. A tale domanda si dovrà necessariamente accompagnare una certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio.

In seguito all'approvazione del Decreto legge n. 5 del 2012 "Disposizioni urgenti in materia di semplificazioni e sviluppo" convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, all'art. 4 è prevista la possibilità di presentazione della copia del verbale della Commissione medica

integrata attestante i requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi, nonché per le agevolazioni fiscali relative ai veicoli previsti per le persone con disabilità.

Dalle certificazioni suddette dovrà emergere che sia stato espressamente accertato che la persona, per la quale viene chiesta l'autorizzazione, abbia effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta. Pertanto il medico legale dell'AUSL e/o la Commissione medica integrata durante la visita medica che andrà ad eseguire dovrà esaminare la documentazione attestante la o le patologie che danno luogo al diritto di cui si discute, e ovviamente tramite l'esame obiettivo constatare sulla persona quanto tali patologie documentate possano determinare disfunzioni che diano luogo ad una sensibile riduzione della deambulazione.

Capacità Deambulatoria

Col termine "capacità" deambulatoria il Legislatore ha voluto riferirsi alla mobilità del soggetto essendo essa il risultato non solo della funzione locomotoria ma anche di altri organi ed apparati importanti come ad esempio l'apparato cardiovascolare e quello respiratorio il cui buon funzionamento si riflette sullo stato generale del soggetto e di conseguenza sulla sua motricità. Pertanto, l'attenzione del medico legale deve essere rivolta alle conseguenze delle minorazioni che hanno una ripercussione negativa sulla deambulazione.

Il deficit sensibile della capacità deambulatoria non rappresenta dunque un concetto restrittivo, che si limita esclusivamente alle infermità a carico degli arti inferiori, bensì in esso sono contenute tutte le patologie acute o croniche che influiscono sulla motricità dell'individuo determinando un handicap nella mobilità.

PARTE PRIMA

Accertamento medico legale.

È indirizzato a verificare i deficit funzionali di organo e/o di apparato e quindi i loro riflessi sulla capacità deambulatoria del soggetto interessato. Il medico che effettua l'accertamento medico-legale deve tenere presente tutti i dati anamnestici che il richiedente riferisce e non solo quelli che specificatamente possono riguardare le infermità a carico degli arti inferiori.

Anamnesi patologica.

Si procede a raccogliere l'anamnesi patologica prossima e remota inerenti a possibili cause determinati deficit della deambulazione.

Effettuata l'anamnesi patologica remota si richiedono alcuni dati in merito ad attività sociali ed all'attività lavorativa del soggetto e si effettuano specifiche domande in merito ad eventuali riflessi delle patologie riferite sulla capacità deambulatoria.

Importante diventa quindi apprendere:

- Quali sono i limiti della capacità deambulatoria e cioè quale distanza l'interessato può percorrere, quali difficoltà a camminare in piano o in salita;
- Dopo quanto tempo si manifesta una eventuale claudicatio intermittens ovvero crampi dolorosi agli arti inferiori come avviene nelle arteriopatie periferiche,
- Quale è autonomia di marcia in distanza e tempo prima che compaia dispnea,
- Quale è l'intervallo di tempo prima che si manifesti una sintomatologia dolorosa articolare tale da impedire una corretta deambulazione,
- Con quale successo si può delimitare il deficit deambulatorio con l'uso di protesi e se queste sono ben tollerate e per quale distanza e per quanto tempo e se vi può essere la possibilità di usufruire di mezzi di trasporto pubblico, compatibilmente con qualsiasi patologia.

Dopo questa prima fase si procede all'esame obiettivo mirato alla verifica della sussistenza delle patologie emerse dalla raccolta anamnestica e quindi all'accertamento dei deficit funzionali determinanti una limitazione sensibile a carico delle funzioni di organo ed apparato influenzano la capacità deambulatoria.

Andranno valutate:

- condizioni generali,
- presenza di dispnea a riposo o per sforzi di lieve entità, affaticamento a riposo, cianosi,
- presenza di insufficienza respiratoria in trattamento con ossigenoterapia,
- obesità grave,
- presenza di fistola A-V in soggetto in trattamento dialitico,
- presenza di turbe trofiche: ulcere interdigitali, necrosi delle articolazioni interfalangee, gangrena secca o umida,
- autonomia di cammino,
- stabilità del tronco durante il cammino, flessione delle ginocchia o della schiena,

- tipologia di marcia, deviazione dalla traiettoria, continuità del passo, lunghezza dei passi, simmetria del passo, tentativi ripetuti di partenza,
- la necessità di supervisione o assistenza di terza persona,
- deambulazione con ridotto equilibrio statico e dinamico e necessità della presenza di ausili (bastoni, stampelle, tripodi e tetrapodi, deambulatori),
- alterazioni del ritmo e della forma del ciclo deambulatorio, presentando una deambulazione patologica (atassica, anserina, parkinsoniana, falciante, steppante, parapaeritico-spastica,
- deambulazione per brevi tratti;
- deformità congenite delle articolazioni (displasia congenita dell'anca) e limitazioni funzionali;
- deformazioni artrosiche delle anche e/o delle ginocchia, limitazione funzionale,
- esiti cicatriziali chirurgici in corrispondenza dell'arto inferiore per impianto di artroprotesi o pregressi traumi fratturativi trattati con mezzi di osteosintesi,
- andranno altresì indagati: tono muscolare, trofismo muscolare, riflessi, e escursione articolare degli arti inferiori,
- postumi paretici o plegici degli arti inferiori,
- presenza di protesi agli arti inferiori in esito ad amputazione di coscia o di gamba rilevando dati su formazione di infiammazioni ed ulcere del moncone,
- presenza di ascite, cute itterica, nevi "a ragno, ecchimosi superficiali, flapping tremor; fetor hepaticus, edemi periferici.

Può non essere sufficiente nella valutazione funzionale del grado del deficit delle funzioni esplorate la semplice constatazione obiettiva per cui, se necessario, è possibile ricorrere ad eventuali indagini diagnostico-strumentali (es. spirometrie, doppler, ecodoppler, ecc) al fine di avere elementi di maggiore certezza. Eseguiti anche eventuali esami integrativi si può ottenere un orientamento sull'entità della menomazione della capacità ambulatoria.

Bisogna tenere conto, in questo senso dell'età del soggetto, del sesso, delle attività sociali, dell'attività lavorativa svolta, dell'uso di protesi e quindi della possibilità o meno del recupero delle funzioni interessate da danno. Infine in merito alle conseguenze delle patologie delle quali il richiedente è portatore ed in merito ad intervento di carattere riabilitativo, deve essere stabilito il

carattere temporaneo o permanente degli effetti limitanti delle stesse patologie a carico della capacità deambulatoria.

PARTE SECONDA

Deambulazione sensibilmente ridotta.

Si può ritenere che la capacità deambulatoria sia sensibilmente (ovvero elevata, sinonimo di fortemente, grandemente, molto) compromessa nei casi in cui il soggetto:

- deambula a piccoli per brevi tratti (distanza inferiore a 50 metri);
- deambula con supervisione o assistenza di due persone;
- deambula con assistenza di una persona;
- deambula con ridotto equilibrio statico e dinamico e necessita della presenza di ausili (bastoni, stampelle, tripodi e tetrapodi, deambulatori);
- deambula con problemi su terreni con ostacoli (scale, salite, discese, terreni sconnessi, marciapiede, ecc);
- la perdita della capacità deambulatoria rappresenta l'evoluzione ulteriore di un eventuale deficit sensibile e è da prendere in considerazione ai sensi dell'art. 381 del DPR 495/92 quando il soggetto è trasportabile mediante automobile.

Tipologie di deambulazione sensibilmente ridotta

Tipologie di deambulazione sensibilmente ridotta sussistono quindi nei casi in cui la persona pur camminando autonomamente presenta, a causa di minorazioni gravi, alterazioni del ritmo e della forma del ciclo deambulatorio, presentando una:

- **Deambulazione paraparetico – spastica:** andatura a forbici, in cui le ginocchia si toccano e ad ogni passo il piede tende ad incrociare l'arto controlaterale. Si riscontra nelle lesioni midollari cervicotoraciche.
- **Deambulazione steppante:** tipica nei casi di lesioni del nervo peroneo, che innerva la muscolatura della loggia antero-laterale della gamba con paralisi muscolare. Si manifesta con ipostenia dei muscoli della gamba interessati con deficit del movimento di flessione dorsale del piede. La persona per evitare che la punta del piede strisci contro il pavimento, (piede cadente), solleva tutto l'arto inferiore.

- **Deambulazione falciante:** tipica dell'emiplegico da lesioni delle vie piramidali. È caratterizzata dal movimento di circumrotazione dell'arto inferiore plegico, il quale completamente esteso compie un movimento di rotazione intorno alla pelvi.
- **Deambulazione festinante o parkinsoniana:** andatura a piccoli passi, scriscianti, lenta, a tronco flesso ("camptocormia"). Può presentare una progressiva accelerazione: fenomeno noto come *festinazione*. Il parkinsoniano ha difficoltà nell'iniziare la marcia, di fermarsi su comando, nel cambiare direzione .
- **Deambulazione anserina o basculante:** dovuta alla disfunzione dei muscoli del cingolo pelvico (in specie il muscolo gluteo medio, i muscoli flessori ed estensori dell'anca). È caratterizzata da una caduta del bacino dal lato opposto a quello d'appoggio, che viene compensata da un'inclinazione controlaterale del tronco.
- **Deambulazione atassica:** nel paziente cerebellare l'andatura è incerta, a base allargata, barcollante, con oscillazioni pluridirezionali (andatura da ubriaco), o verso il lato sede di una lesione emisferica-vermiana monolaterale.
- **Deambulazione deviata da un lato:** dovuta a lesione vestibolare dal lato colpito.

Patologie internistiche

Anche patologie di natura internistica che si palesano dal punto di vista fisiopatologico con ridotta tolleranza all'esercizio fisico possono determinare deambulazione sensibilmente ridotta:

- **Apparato cardiovascolare:** insufficienza cardiaca classe NYHA terza con marcata limitazione di ogni attività fisica; insufficienza cardiaca quarta classe NYHA con dispnea a riposo, affaticamento a riposo, cianosi e dolore di tipo anginoso.
- **Apparato vascolare:** l'arteriopatia degli arti inferiori è caratterizzata da un'insufficienza arteriosa periferica (del distretto aorto-iliaco-femoro-politeo-tibiale) con riduzione del flusso ematico a livello dell'arto. È conseguente a stenosi e/o occlusione di natura aterosclerotica; la placca aterosclerotica determina un ostacolo al flusso di sangue con deficit di perfusione e progressiva ischemia dei tessuti. Si manifesta clinicamente con *claudicatio* ovvero con dolore e crampi ai muscoli della gamba durante la deambulazione, che si risolve con il riposo. La Classificazione di Fontaine – Leriche suddivide la AOPC in quattro stadi in base a gravità crescente.

- **Apparato respiratorio:** insufficienza respiratoria grave in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica con presenza di dispnea a riposo o per sforzi di lieve entità, complicanze cardiache;
- **Apparato endocrino:** obesità grave con indice di massa corporea >40 con associate complicanze cardio-respiratorie; Diabete mellito IV classe complicato da arteriopatia ostruttiva con grave claudicatio;
- **Epatopatie:** con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico;
- **Apparato urinario:** perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale), presenza di astenia marcata e compromissione generale (malnutrizione).
- **Patologie oncologiche:** con grave compromissione dello stato generale, marcata astenia derivante dalla terapia oncologica.

Patologie apparato osteoarticolare.

Ovviamente andranno considerate le patologie dell'apparato osteoarticolare, quali:

- Deformità congenite delle articolazioni (displasia congenita dell'anca) con grave deficit funzionale;
- Alterazioni scheletriche che possono manifestarsi e svilupparsi nel corso dell'accrescimento staturale (epifisiolisi femorale, osteocondrosi dell'epifisi prossimale del femore) con grave deficit funzionale;
- Grave artrosi (coxartrosi, gonartrosi) con grave deficit funzionale;
- Artroprotesi di anca e/o di ginocchio con residuo grave deficit funzionale;
- Lussazione/frattura coxo-femorale con grave deficit funzionale;
- Osteonecrosi della testa femorale con grave deficit funzionale;
- Esiti di traumatismi da fratture a carico degli arti inferiori; lesioni muscoli e tendinee con grave deficit funzionale;
- Alterazioni infiammatorie (tubercolosi osteoarticolare) con grave deficit funzionale.

Patologie del SNC e del SNP.

Oltre le patologie che riguardano strettamente l'apparato osteoarticolare vi sono da considerare altresì le patologie del Sistema Nervoso Centrale (SNC) e del Sistema Nervoso Periferico. Nel primo gruppo (SNC) i disturbi della mobilità fanno parte di un più vasto corteo di compromissioni funzionali interessanti anche altre attività neurologiche.

Schematicamente le patologie neurologiche si suddividono in base a diversi criteri in :

Patologie neurologiche	
in rapporto all'entità dei tronchi nervosi interessati:	Mononeuropatie: interessano un solo tronco nervoso;
	Multineuropatie: interessano più tronchi nervosi;
	Multineuropatie: interessano più tronchi nervosi;
	Polineuropatie: interessano molti nervi contemporaneamente;
in base all'anatomia patologica:	Assonali: colpiscono l'assone:
	Demielinizzanti: è colpito la guaina mielinica (Sclerosi Multipla);
in base tipo di fibra nervosa coinvolta:	Sensitive;
	Motorie;
in base all'etiologia:	<p>Primitive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetica: Malattia di Charcot Marie Tooth (una polineuropatia sensitivo-motoria; trasmissione autosomico-dominante), • Autoimmuni: <ol style="list-style-type: none"> 1. Poliradicolonevrite infiammatoria acuta o sindrome di Guillain Barrè (GBS); 2. Poliradicolonevrite Infiammatoria Cronica Demielinizzante (CIDP); 3. Neuropatia multifocale motoria con blocco della conduzione (NMM) e senza blocchi di conduzione (NM); 4. Neuropatia multifocale demielizzante sensitivo-motoria (MDN); 5. Polineuropatia infiammatoria cronica con IgG

	<p>monoclonali.</p> <p>7. Polineuropatia infiammatoria cronica senza IgG monoclonali.</p> <p>• Da gammopatie monoclonali</p> <p>1. neuropatia demielizzante associata ad anti-MAG,</p> <p>2. macroglobulinemia di Waldenström.</p> <p>3. MGUS (gammopatia monoclonale di significato non determinato).</p> <p>4. Mieloma multiplo.</p> <p>5. Amiloidosi AL: varietà a catene leggere di derivazione plasmacellulare.</p>
	<p>Metaboliche: diabete, porfirie, ipotiroidismo, IRC.</p>
	<p>Tossico-nutrizionali: etilismo cronico, ipovitaminosi, farmaci, metalli tossici.</p>
	<p>Da agenti infettivi: HIV, Epstein-Barr, lebbra.</p>
	<p>Da lesioni midollari: trauma, siringomielia (processo cavitario nel midollo spinale), siringobulbia (processo cavitario esteso al bulbo), spondiloartrosi, mielite trasversa (infiammazione del midollo, è un processo immuno-mediato di eziologia demielinica, infettiva, infiammatoria, vascolare, neoplastica).</p>
	<p>Degenerative sistemiche (atassie ereditarie) e dei sistemi di moto (SLA, amiotrofie spinali, paraparesi spastica familiare).</p>
	<p>Da alterazioni della giunzione neuromuscolare: miastenia gravis, la neuromiotonia, ecc.</p>

Tenuto conto della loro relativa frequenza in ambito clinico si ritiene utile riportare brevemente le principali differenze tra la sindrome piramidale e quella extrapiramidale.

	Sindrome piramidale	Sindrome extrapiramidale
Spasticità	con fenomeno del coltello a	fenomeno della ruota dentata o della troclea (intermittente con l'ipertonìa muscolare a scatti

	serramanico	durante la mobilizzazione passiva dell'arto);
Distribuzione dell'ipertono	Ai flessori delle braccia ad agli estensori delle gambe;	in maniera generalizzata, predomina ai flessori degli arti e del tronco;
Movimenti involontari	Assenti	Tremore, corea, distonia.
Riflessi osteotendinei	sono esaltati; segno di Babinski; presente;	normali o lievemente aumentati; segno di Babinski: assente;
Movimenti volontari	lesione del primo motoneurone: paralisi dei movimenti volontari;	paralisi dei movimenti volontari è assente;

In questa sede vanno altresì annoverate le malattie degenerative progressive dei muscoli scheletrici, caratterizzate da alterazioni primitive del muscolo in presenza di indenne innervazione dei muscoli affetti. Patologie caratterizzate da ipostenia (deficit forza), facile stancabilità con difficoltà nei movimenti e nella deambulazione, nei passaggi posturali. Di seguito si riporta una sintetica classificazione delle miopatie.

CLASSIFICAZIONE DELLE MIOPATIE	
Congenite	Distrofie muscolari;
	Miopatie metaboliche;
	Miopatie mitocondriali;
Acquisite	Miopatie infiammatorie;
	Miopatie associate a malattie sistemiche;
	Miopatie tossiche;

La valutazione anche in questo grande capitolo dovrà fare riferimento a criteri analogici, tenuto conto di una compromissione elevata delle funzioni e quindi della capacità deambulatoria in modo elevata.

Non vedenti.

La possibilità di ottenere il "contrassegno invalidi" è stata successivamente estesa anche ai non vedenti (DPR 503/1996 art. 12 comma 3). Con la legge 138 del 3 aprile 2001 è stata recepita la classificazione dell'OMS, che classifica i ciechi e gli ipovedenti sulla base del visus e dell'ampiezza del campo visivo. La legge definisce all'art. 2. *i ciechi totali* coloro che:

- a) sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi;
- b) hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhiomigliore;
- c) il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento. Mentre all'art. 3. definisce *i ciechi parziali*:

a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione.

b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento.

PARTE TERZA

Giudizio medico legale.

Raccolti i dati anamnestici, effettuati i rilievi in merito alle funzioni compromesse, con l'esame obiettivo ed eventuali esami strumentali, individuati gli elementi prognostici della patologia in atto o il carattere di persistenza delle menomazioni rilevate quando le stesse non lasciano prevedere una risoluzione nel tempo, analizzati i riflessi migliorativi della capacità deambulatoria determinati dall'uso di protesi o da interventi riabilitativi, il medico legale della ASL e/o la Commissione Medica Integrata verifica se sussiste deficit o riduzione della capacità deambulatoria e discrimina se lo stesso deficit è lieve oppure medio oppure sensibile o grave o se è presente perdita della capacità deambulatoria.

Tabella dei livelli di deficit della capacità deambulatoria.		
Perdita della capacità deambulatoria	Soggetto in carrozzina	- insufficienza cardiaca quarta classe NYHA, - insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia con presenza di dispnea a riposo, complicanze

		<p>cardiache;</p> <p>lesioni midollari con plegia arti inferiori;</p> <p>-patologie neurologiche centrali o periferiche con gravissimo deficit funzionale a carico degli arti inferiori,</p>
Deficit GRAVE della deambulazione	<p>- deambulazione con supervisione o assistenza di due persone;</p> <p>- deambulazione con assistenza di una persona;</p>	<p>-deambulazione parkinsoniana,</p> <p>-insufficienza cardiaca classe NYHA terza;</p> <p>-insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia con presenza di dispnea per sforzi di lieve entità, complicanze cardiache;</p> <p>- Diabete mellito IV classe complicato da arteriopatia ostruttiva con grave claudicatio (ischemia critica, marcata ipossia e acidosi, lesioni trofiche, necrosi e/o gangrene),</p> <p>- patologie neurologiche centrali o periferiche con grave deficit funzionale a carico degli arti inferiori,</p> <p>-miopatie con grave deficit funzionale a carico degli arti inferiori,</p> <p>-Patologie oncologiche con grave compromissione dello stato generale, marcata astenia derivante dalla terapia oncologica.</p>

		<p>- arteriopatia obliterante degli arti inferiori è con <i>claudicatio</i> (Classificazione di Fontaine – Leriche IV stadio).</p>
<p>Deficit SENSIBILE della deambulazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - deambulazione con ridotto equilibrio statico e dinamico e necessita della presenza di ausili (bastoni, stampelle, tripodì e tetrapodi, deambulatori); - deambulazione con problemi su terreni con ostacoli (scale, salite, discese, terreni sconnessi, marciapiede, ecc), - deambula per brevi tratti (distanza inferiore a 50 metri). 	<ul style="list-style-type: none"> -Deambulazione paraparetico – spastica; -Deambulazione steppante; -Deambulazione falciante; -Deambulazione parkinsoniana; -Deambulazione anserina; -Deambulazione atassica; -Deambulazione deviata da un lato; - IRC in trattamento sostitutivo con astenia e compromissione generale. -Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico; - Diabete mellito IV classe complicato da arteriopatia ostruttiva con grave claudicatio (dolore a riposo, deambulazione per brevi tratti), -patologie dell'apparato osteoarticolare (coxartrosi, gonartrosi, artroprotesi, esiti di traumi fratturativi, ecc.) con grave deficit funzionale a carico deli arti inferiori; - patologie neurologiche centrali

		<p>o periferiche con rilevante deficit funzionale a carico degli arti inferiori, - arteriopatia obliterante degli arti inferiori è con <i>claudicatio</i> (Classificazione di Fontaine – Leriche III stadio),</p> <p>- miopatie con rilevante deficit funzionale a carico degli arti inferiori,</p> <p>- Diabete mellito IV classe complicato da arteriopatia ostruttiva con grave claudicatio;</p>
--	--	--

Conclusioni.

Concludendo il medico legale perviene, quindi ad esprimere il giudizio richiesto dalla norma e quindi certifica se il soggetto richiedente è affetto da patologia che determina o non determina una effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta in modo permanente o per il tempo determinato individuato.

Ai sensi del novellato decreto legge n. 5/2012”Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e sviluppo” la Commissione medica integrata, in sede di accertamento medico legale, provvederà a riportare”.....*omissis anche l’esistenza dei requisiti sanitari necessari per il rilascio del contrassegno speciale, nonché per le agevolazioni fiscali relative ai veicoli previsti per le persone con disabilità*”



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 17-12-2012 (punto N 39)

Delibera N 1161 del 17-12-2012

Proponente

LUIGI MARRONI

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile EMANUELA BALOCCHINI

Estensore GRAZIA MARIA FRANCES BOCCUTI

Oggetto

Linee di indirizzo per l'accertamento della sussistenza dei requisiti sanitari per il rilascio del "Contrassegno speciale" di circolazione e sosta dei veicoli a soggetti aventi capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Presenti

ENRICO ROSSI

LUCA CECCOBAO

CRISTINA SCALETTI

LUIGI MARRONI

SALVATORE ALLOCCA

RICCARDO NENCINI

GIANFRANCO

SIMONCINI

ANNA RITA BRAMERINI

GIANNI SALVADORI

STELLA TARGETTI

Assenti

ANNA MARSON

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	A

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 approvato con delibera di C.R. del 16 luglio 2008 n. 53 che al paragrafo 5.2.8-Medicina legale- prevede *“la messa a punto di approcci per la valutazione globale della persona portatrice di minorazioni....omissis...anche attraverso l’adozione di linee guida e protocolli, ai quali dovranno far riferimento le commissioni medico legali deputate all’accertamento;*

Dato atto che il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell’art. 133 della L.R. 27.12.2011 fino all’entrata in vigore dei Piani e Programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuate dal PRS 2011-2015;

Atteso che la proposta di PSSIR 2012- 2015 si pone in termini di continuità con il precedente piano in riferimento all’adozione di comportamenti e procedure uniformi sul territorio regionale per il conseguimento dei benefici inerenti lo stato invalidante, tesi a favorire l’integrazione sociale dei soggetti portatori di disabilità;

Visto il D. LGS 30 aprile 1992 n. 285 *“Nuovo Codice della strada”* e succ. modifiche ed integrazioni;

Visto il D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 *“Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada”* e succ. modifiche, ed in particolare l’art. 381(art. 188 CDS) che sancisce che *“per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, il sindaco rilascia apposita autorizzazione in deroga, previo specifico accertamento sanitario”;*

Visto il D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503 *“Regolamento recante norme per l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici”* che all’art. 12, comma 3, estende anche alla categoria dei *“non vedenti”* il rilascio da parte dei Comuni dello speciale contrassegno di cui al D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 30 luglio 2012, n. 151 *“Regolamento recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, concernente il regolamento di esecuzione e attuazione del Nuovo codice della strada, in materia di strutture, contrassegno e segnaletica per facilitare la mobilità delle persone invalide”*

Visto il Decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 *“Disposizioni urgenti in materia di semplificazioni e sviluppo”* convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35 ed in particolare l’art. 4 dove è prevista la possibilità di presentazione della copia del verbale della Commissione medica integrata attestante i requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi, nonché per le agevolazioni fiscali relative ai veicoli previsti per le persone con disabilità;

CONSIDERATO

-che nell’ambito dei provvedimenti legislativi emanati a favore delle persone portatrici di handicap motorio è previsto il rilascio di uno speciale contrassegno, e che fra le attività sanitarie ad indirizzo medico legale nell’ambito del SSR vi è il rilascio o rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio dei soggetti con capacità sensibilmente ridotta;

-che il concetto di “deambulazione sensibilmente ridotta”, condizione espressamente indicata dal legislatore per il rilascio del contrassegno, in assenza di ulteriori parametri di valutazione, ha creato incertezze interpretative e valutazioni difformi in ambito regionale;

-che il contrassegno speciale, inserito nel contesto normativo di abbattimento delle barriere architettoniche, ha l’obiettivo di ridurre quanto più possibile gli impedimenti strutturali che ostacolano il movimento delle persone portatrici di handicap, e promuovere l’integrazione sociale e l’uguaglianza fra gli stessi;

Ritenuto quindi necessario fornire alcuni parametri di riferimento sotto forma di linee indirizzo, in materia di accertamento del deficit sensibile della capacità deambulatoria, ai medici delle Aziende sanitarie locali deputate all’accertamento sanitario in questione, al fine di uniformare i criteri di valutazione in ambito regionale, per la concessione del beneficio de quo, previsto dalla normativa vigente in materia di invalidità, cecità e sordità civile, handicap e disabilità;

Attese le numerose istanze pervenute delle Associazioni di disabili in tal senso;

Considerato che le linee di indirizzo così come elaborate sono state sottoposte all’esame ed approvazione della Commissione tecnica regionale di medicina legale, istituita con decreto n.8087 del 26 novembre 1996 presso la Regione Toscana e composta da medici legali del Servizio Sanitario regionale;

Ritenuto di approvare, le linee di indirizzo in materia di accertamento del deficit sensibile della capacità deambulatoria, per rilascio o rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio dei soggetti con capacità sensibilmente ridotta, di cui all’allegato “A” parte integrante del presente provvedimento, nel rispetto delle disposizioni che saranno dettate con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti per disciplinare le modalità di riconoscimento della validità su tutto il territorio nazionale del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell’articolo 381 del regolamento di cui al DPR 16 dicembre 1992, n. 495;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare, le linee di indirizzo in materia di accertamento del deficit sensibile della capacità deambulatoria, per rilascio o rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio dei soggetti con capacità sensibilmente ridotta, di cui all’allegato “A” parte integrante del presente provvedimento.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell’articolo 18, comma 2, lett. a) della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

IL Dirigente Responsabile
EMANUELA BALOCCHINI

IL Direttore Generale
EDOARDO MICHELE MAJNO

