

**COMMISSIONE IV
DIFESA**

**RESOCONTO STENOGRAFICO
AUDIZIONE**

4.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 9 GIUGNO 2010

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **EDMONDO CIRIELLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Cirielli Edmondo, <i>Presidente</i>	2	Cirielli Edmondo, <i>Presidente</i>	2, 4, 5, 6
Audizione del Direttore generale della Direzione generale della Sanità militare, generale ispettore capo Ottavio Sarlo, nell'ambito della discussione della risoluzione n. 7-00318 Cirielli sulla valutazione degli esiti degli interventi per ricostruzione capsulo-legamentosa ai fini dell'accertamento dell'idoneità psicofisica degli aspiranti all'arruolamento nelle Forze armate (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):		Di Stanislao Augusto (IdV)	4
		Garofani Francesco Saverio (PD)	5
		Sarlo Ottavio, <i>Direttore generale della Direzione generale della Sanità militare</i>	2, 4, 5
		ALLEGATO: Documentazione consegnata dal direttore generale della Sanità militare, generale ispettore capo Ottavio Sarlo	7

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Popolo della Libertà: PdL; Partito Democratico: PD; Lega Nord Padania: LNP; Unione di Centro: UdC; Italia dei Valori: IdV; Misto: Misto; Misto-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MpA-Sud; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.ling.; Misto-Liberal Democratici-MAIE: Misto-LD-MAIE; Misto-Repubblicani, Regionalisti, Popolari: Misto-RRP; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Noi Sud Libertà e Autonomia-Partito Liberale Italiano: Misto-Noi Sud LA-PLI.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
EDMONDO CIRIELLI

La seduta comincia alle 14,25.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso, la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione del Direttore generale della Direzione generale della Sanità militare, generale ispettore capo Ottavio Sarlo, nell'ambito della discussione della risoluzione n. 7-00318 Cirielli sulla valutazione degli esiti degli interventi per ricostruzione capsulo-legamentosa ai fini dell'accertamento dell'idoneità psicofisica degli aspiranti all'arruolamento nelle Forze armate.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, l'audizione del direttore generale della Direzione generale della Sanità militare, generale ispettore capo Ottavio Sarlo, nell'ambito della discussione della risoluzione n. 7-00318 Cirielli sulla valutazione degli esiti degli interventi per ricostruzione capsulo-legamentosa ai fini dell'accertamento dell'idoneità psicofisica degli aspiranti all'arruolamento nelle Forze armate.

Do la parola al generale ispettore capo Ottavio Sarlo per lo svolgimento della relazione.

OTTAVIO SARLO, *Direttore generale della Direzione generale della Sanità militare*. Grazie. L'audizione odierna riguarda la revisione dell'elenco delle imperfezioni e infermità causa di non idoneità al servizio militare e, in modo particolare, la modifica del codice 209 della direttiva tecnica conseguente al decreto ministeriale del 2008. Dobbiamo dire che già il Gabinetto del ministro aveva chiesto alla Direzione generale, nel 2009, di riconsiderare un po' il coefficiente attribuito alle infermità riportate nel codice 209, ma fino ad ora è mancato uno strumento più forte, come, appunto, il decreto ministeriale del 18 marzo 2010, che consente di rivedere tutte le imperfezioni e infermità causa di non idoneità al servizio militare e ai vari concorsi per entrare nel mondo della Difesa.

Fondamentalmente, la modifica del codice 209 è stata una sorta di testa di ariete, cioè è servita nell'ottica di modificare *in primis* il numero 20 della citata direttiva, ma poi anche altre situazioni. Oggi, con i progressi della medicina e soprattutto della chirurgia ricostruttiva, è effettivamente necessaria una modifica per andare di pari passo con l'evoluzione moderna delle tecniche. Molti altri articoli, infatti, risentono di questo discorso. Dunque, nel 2009, vi è stato un discorso preveggente, mentre nel 2010, abbiamo uno strumento forte, il decreto ministeriale, che ha costituito la Commissione da me presieduta con lo scopo di rivedere l'elenco delle infermità per l'idoneità al servizio militare.

Il decreto ministeriale del 4 aprile 2000, n. 114, si applicava a tutti: agli iscritti, agli arruolati, ai militari di leva, al personale maschile e femminile ed era, quindi, molto generico. Successivamente,

con la fine della leva obbligatoria, a chi partecipava ai concorsi per il reclutamento nelle Forze armate, tranne casi particolari richiesti da ogni singola Forza armata, si applicava questo elenco che adesso ho il compito di rivedere. Il 21 giugno termineremo la revisione della prima parte, la più urgente, che riguarda le affezioni più importanti; nel secondo e terzo bimestre di lavoro ci occuperemo anche delle altre affezioni. Direi che si tratta di un lavoro un po' complesso.

Il direttore generale *pro tempore*, dopo quindici giorni dalla pubblicazione del regolamento, ha fatto seguire la direttiva tecnica, che successivamente si è concretizzata nel numero 20, relativo all'apparato locomotore, in cui si prevede — a tutt'oggi, prima di eventuali modifiche — che le patologie e i loro esiti, anche di natura traumatica, sono causa di non idoneità se origine di evidenti dismorfismi o rilevanti limitazioni funzionali.

Questo è evidente già oggi, ma lo sarà sempre, in linea di massima. Pertanto, non si parla di esiti di intervento chirurgico, ma di esiti di traumi, la cui rilevanza naturalmente è da valutare.

Quello che, invece, ha portato all'oggetto dell'audizione odierna lo vedremo tra breve.

Devo dire che la stessa limitazione si trova sia nel nostro elenco — al citato numero 20 — sia nell'elenco della Polizia di Stato, in quanto in nessuno dei due testi si parla di interventi chirurgici ricostruttivi, ma semplicemente di patologie ed esiti di traumi, senza che si intervenga da un punto di vista medico-chirurgico.

Le norme fino a qui richiamate non pongono limitazioni o preclusioni a rivisitare l'argomento. Il concetto di esiti degli interventi per ricostruzioni capsulo-legamentose lo affrontiamo adesso perché il problema che ha richiesto la modifica è nato nel momento in cui vengono applicati i famosi coefficienti. Oggi, il coefficiente 1 e 2 viene dato a chi entra attraverso un bando di concorso e presenta certi requisiti; il coefficiente 3 e 4 era un retaggio della leva. La leva, che oggi è in posizione quadro — per citare un termine tecnico —

ma in realtà è « congelata », non è l'esercito professionale, né l'esercito volontario, ma quello coscritto. Quindi, il coefficiente 3 e 4 rientrava in quel concetto per cui determinate lesioni o infermità potevano essere causa di non idoneità.

Oggi il discorso è cambiato, perché è cambiata la *ratio legis*: un soggetto va considerato a livello professionale, ossia come un soggetto che chiede un posto di lavoro nell'ambito della Difesa. Quindi, non possiamo precludergli questa possibilità, considerando che oggi la chirurgia e l'ortopedia, come vedremo tra breve, hanno fatto passi notevoli.

Siamo, dunque, arrivati al discorso del codice 209. Il coefficiente 4 impediva di accedere alla Difesa alle persone con esiti di intervento per ricostruzione capsulo-legamentosa, anche in assenza di instabilità articolare: queste persone venivano dichiarate idonee, ma il coefficiente 4 di fatto le escludeva. Ora, la modifica di tale codice è, appunto, necessaria non solo per omogeneità con la Polizia di Stato, che non menziona nemmeno questa fattispecie, ma soprattutto perché di fatto l'intervento chirurgico — soprattutto quando si tratta di ricostruzione di un solo legamento, in genere il crociato anteriore — non comporta limitazioni funzionali. Naturalmente l'ortopedico, all'atto della visita, deve verificare, come fa anche il collega della Polizia, che l'articolazione ossia la funzione del ginocchio sia perfetta. A quel punto, il soggetto è idoneo.

Per quanto riguarda il numero dei casi, per fortuna, esso non è molto elevato. Negli ultimi cinque anni, nei Carabinieri — sono riuscito ad avere direttamente dalla fonte della selezione alcuni numeri che altrimenti, per le vie tecniche, avrebbero richiesto tempi molto più lunghi — i casi di non idoneità non soltanto per esiti di ricostruzione del legamento anteriore, ma anche di altri interventi sul ginocchio sono appena 129. Quindi, non si tratta — per fortuna — di numeri molto elevati. Anche per l'Aeronautica i casi sono pochi, una sessantina, anche se il numero complessivo dei non idonei è andato aumentando con il passare degli anni: nel 2007 erano 405,

nel 2008 sono diventati 700, nel 2009 se ne sono registrati 1.111. Questo fa comprendere come la problematica sia in aumento, anche se si tratta sempre di numeri piuttosto bassi. Del resto, i giovani fanno sport ed è facile che, rispetto a prima, i numeri crescano. Anche nell'Esercito, i dati degli ultimi tre anni recano numeri piuttosto modesti.

Noi parliamo del ginocchio perché è il *locus minoris resistentiae*, ma anche la spalla - nel caso di un legamento unico come può essere, ad esempio, il capo lungo del bicipite in un tennista, che è stato perfettamente operato e non ha nessun problema di ricostruzione e un'attività funzionale perfetta - va inserita in questo discorso. Le articolazioni fondamentali sono, appunto, ginocchio e spalla; non entrerei nel discorso che riguarda l'anca, che è un caso un po' *sui generis*.

In conclusione, quello che mi interessa sottolineare è che l'elenco oggi in vigore è stato approvato in un'epoca in cui si doveva tener conto del fatto che il personale proveniva dalla leva, attraverso la coscrizione obbligatoria. Ben diversa è la situazione attuale, che prevede, come ho detto, un esercito professionale e volontario.

La *ratio legis*, dunque, va cambiata. In questo senso, occorre modificare l'elenco, intanto per armonizzarlo con quello delle altre Forze di polizia, ma anche prevedendo il minimo rischio precostituito. Intendo dire che, a distanza di venti anni, è possibile prevedere un'artrosi precoce del ginocchio, ma questo non ci deve spaventare. Oggi come oggi, per un giovane pilota di F16, come anche per un carabiniere o un incursore eccetera, l'attività fondamentale è di massimo esercizio fisico, più che di comando, fino ai 35-40 anni. Pertanto, da questo punto di vista, una diagnosi di quel tipo non crea problemi.

Tanto meno l'ipotesi che entro 15-20 anni - questa è la statistica dei dati che ho avuto anche a livello internazionale - possa intervenire un'artrosi precoce può preconstituire un blocco oggi a fronte di un potenziale rischio. Peraltro, fisiologicamente, una persona normale, senza

traumi, a sessanta anni o anche prima comincia comunque ad avere dei disturbi: dalla spondiloartrosi della colonna ai problemi alle ginocchia. Il discorso, quindi, non cambia per il militare.

Anche per altre situazioni - stiamo esaminando anche il discorso del favismo - non si parla di preclusione; né il fatto di dover tener conto di alcune precauzioni o prescrizioni può costituire un ostacolo. Sappiamo perfettamente, infatti, che con piccole prescrizioni sanitarie è possibile superare un'*impasse*. Si tratta di questioni note ed è, dunque, possibile superare eventuali ostacoli in questo senso.

Comunque, si deve tener conto del fatto che si tratta di gente volontaria e che, chiaramente, formerà un esercito professionale. Alla luce di questo, rimanendo nel tema odierno, ritengo che la ricostruzione del legamento crociato anteriore in particolare, e del ginocchio in generale, se la funzione dell'arto è perfetta, non debba costituire un ostacolo all'accesso alle Forze armate e, quindi, determinare un codice 1 o 2.

PRESIDENTE. Ringrazio il generale, che è stato molto chiaro.

Do la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

AUGUSTO DI STANISLAO. Concordo sulla necessità di approfondire la tematica. Mi chiedo se in un recente passato l'evoluzione del tema fosse chiara per capire se, partendo dal fatto che non c'era più la coscrizione obbligatoria, già si lavorava nel senso della risoluzione che ci è stata proposta. Credo che alcune tematiche fossero già *in fieri* e, quindi, sarebbe interessante capire se una commissione medica già potesse, nell'ambito delle sue prerogative, affrontare esaurientemente la questione.

OTTAVIO SARLO, *Direttore generale della Direzione generale della sanità militare*. Da quello che mi risulta, come ho accennato all'inizio, la problematica è stata già proposta dal 2008-2009. Quello

che è mancato è stato lo strumento tecnico per effettuare la modifica del codice 209. In altre parole, non c'era uno strumento adeguato; il decreto ministeriale che ha istituito la commissione presieduta da chi vi parla e composta da professori universitari e altri esperti ha rappresentato lo strumento che era mancato in precedenza. Nel 2008-2009 le cose non andavano in questa direzione e, quindi, ho pensato che si dovesse cambiare il profilo. Infatti, l'assegnazione del coefficiente 4 — che significa riconoscere l'idoneità, ma non ammettere il soggetto (e quindi suona come una presa in giro) — è un retaggio del concetto di leva, come abbiamo assodato. In più, con il coefficiente 4 ci si mette al riparo rispetto alla previsione del verificarsi di una gonartrosi in futuro; in questo modo, si evitava di correre il rischio.

In realtà, sono convinto che non si tratti di un rischio, perché il discorso di una possibile degenerazione artrosica di un ginocchio operato in giovane età non si verifica mai prima di dieci-quindici anni nell'ipotesi peggiore: naturalmente ognuno reagisce in un certo modo, e gli esiti dipendono anche dalla sollecitazione cui si sottopone il ginocchio durante quei dieci-quindici anni, nel senso che un soggetto che fa il militare nel tempo libero può anche continuare a giocare a calcetto.

Ritengo, tuttavia, che oggi ci si debba chiedere se l'ortopedico che un domani dovrà visitare, in sede di selezione, quel ginocchio operato, debba in coscienza sua verificarne la funzionalità e mettere a frutto la sua esperienza in materia di articolazioni. In poche parole, non tutti i ginocchi operati sono idonei; bisogna mantenersi nell'ambito di una meccanica articolare perfetta e deve trattarsi verosimilmente solo di interventi in artroscopia. Del resto, ormai a cielo aperto di fatto non si opera più e, a maggior ragione, non sarebbe accettabile un cielo aperto per un intervento del genere che già solo per l'eventualità di aderenze post-operatorie, non garantirebbe la dinamica articolare prevista.

FRANCESCO SAVERIO GAROFANI. Innanzitutto ringrazio il generale per la chiarezza della sua esposizione e anche per le considerazioni conclusive sulla *ratio* di questo intervento.

Mi colpisce in particolare lo spostamento di attenzione — che ho colto nella parte finale del suo intervento — dall'interesse dell'arruolando nel periodo della leva, a quello nel nuovo quadro. Mi chiedo, però, se in questo spostamento non si ponga anche il tema della tutela dello Stato rispetto al rischio che, successivamente all'arruolamento, il volontario possa subire un incidente che potrebbe spingerlo a presentare la richiesta di una causa di servizio reclamando la responsabilità del medico che lo ha considerato idoneo all'arruolamento.

OTTAVIO SARLO, *Direttore generale della Direzione generale della Sanità militare*. La ricostruzione del legamento crociato anteriore deve avvenire a regola d'arte e questo deve essere verificato dall'ortopedico attraverso opportuni controlli. Non intendo entrare nel merito, ma gli strumenti per fare queste verifiche ci sono tutti: TAC, risonanza magnetica, ecografia e altro.

Oggi di fatto un soggetto cui sia stato ricostruito il legamento crociato anteriore, se non ha già una sua meiopraxia, ossia una debolezza congenita, è come se fosse sano. In ogni modo, se un legamento si rompe durante un'azione militare, questo comporterà naturalmente una causa di servizio.

PRESIDENTE. In sostanza si potrebbe rompere anche in un soggetto che è sano.

OTTAVIO SARLO, *Direttore generale della Direzione generale della Sanità militare*. Non c'è dubbio. Anche il discorso dell'artrosi post-intervento può nascere, ma non deve preoccupare il fatto che lo Stato, giustamente, potrebbe eventualmente dover risarcire sotto forma di causa di servizio.

Tra l'altro, faccio parte anche della commissione di verifica e, quindi, conosco

perfettamente anche questo aspetto. Devo dire che secondo l'orientamento della commissione, e del magistrato che la presiede — ad eccezione della categoria dei vigili del fuoco che, per la particolare natura della loro attività, sono sottoposti alla possibilità di un traumatismo giornaliero rispetto ad altre specialità — la gonartrosi non viene mai considerata per le cause di servizio. Non c'è, infatti, un nesso di causalità tra la gonartrosi e il servizio prestato normalmente da parte di certe categorie.

PRESIDENTE. Grazie, generale, per essere stato molto chiaro. Il suo intervento è stato preziosissimo perché, effettivamente, in sede di esame della risoluzione ci eravamo posti alcuni problemi in quanto volevamo essere certi sia di tutelare l'interesse dei giovani vincitori di concorsi, o semplicemente dei soggetti partecipanti ai concorsi, sia di assicurare un'equa distribuzione delle responsabilità. È assurdo che un giovane, volontario in ferma breve, che ha superato un concorso

nell'Arma dei carabinieri, non venga giudicato idoneo, mentre un altro che ha come lui fatto i tre anni di volontariato in ferma breve, venga giudicato idoneo dalla Polizia di Stato. Inoltre, ci chiedevamo anche come tutelare lo Stato, così come l'onorevole Garofani ha giustamente segnalato.

Ci riteniamo, pertanto, molto soddisfatti del suo intervento. La ringrazio anche per averci fornito la documentazione di cui autorizzo la pubblicazione in allegato al resoconto stenografico dell'audizione (*vedi allegato*).

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14,50.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

*Licenziato per la stampa
il 23 luglio 2010.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO



Audizione

Gen. Ispettore Capo Ottavio SARLO

Direttore Generale della Sanità Militare

9 giugno 2010



Stato attuale

- *Rivalutazione dell'elenco imperfezioni ed infermità in merito agli “esiti di intervento per ricostruzione capsulo-legamentosa dell'articolazione del ginocchio” che non sia più fattore invalidante per l'idoneità al servizio militare.*
- *Il Gabinetto del Ministro ha richiesto alla Direzione Generale della Sanità Militare di riconsiderare il coefficiente attribuito alle infermità riportate nel cod. 209 della Direttiva Tecnica per delineare il Profilo Sanitario dei soggetti indicati al servizio militare del 5 dicembre 2005.*
- *Con Decreto Ministeriale del 18 marzo 2010, allo scopo di effettuare un riesame della Direttiva Tecnica sopra citata e provvedere quindi ad un aggiornamento dei suoi contenuti alla luce delle attuali risultanze medico legali, è stata istituita una Commissione scientifica per lo studio e l'individuazione delle imperfezioni ed infermità che sono causa della non idoneità al servizio militare.*



Fonti Normative

D.M. 4 aprile 2000, n. 114 Regolamento recante norme in materia di accertamento dell'idoneità al servizio militare

1. Ambito di applicazione.

Il presente regolamento si applica agli iscritti, arruolati e militari di leva ed al personale maschile e femminile che partecipa ai concorsi per il reclutamento nelle Forze armate.

2. Idoneità al servizio militare.

1. Sono idonei al servizio militare i soggetti in possesso dell'efficienza psico-fisica che ne consente l'impiego negli incarichi relativi al grado, alla qualifica ed al ruolo di appartenenza.



Fonti Normative

D.M. 4 aprile 2000, n. 114 Regolamento recante norme in materia di accertamento dell'idoneità al servizio militare

2. *Idoneità al servizio militare.*

2. Per la partecipazione ai concorsi per il reclutamento nelle Forze armate possono essere richiesti, in relazione alle esigenze di impiego, specifici requisiti psico-fisici, da indicare nei bandi di concorso.

3. Non sono comunque idonei al servizio militare i soggetti affetti dalle imperfezioni ed infermità previste dall'elenco allegato al presente regolamento. Il giudizio di inidoneità permanente è emesso immediatamente per le imperfezioni gravi e le infermità croniche ovvero al termine del periodo massimo di inidoneità temporanea concedibile per quelle che, ritenute presumibilmente sanabili, permangono oltre tale periodo ed altresì per le infermità suscettibili di aggravamento o di successioni morbose a causa dei disagi connessi con l'espletamento del servizio.



Fonti Normative

D.M. 4 aprile 2000, n. 114 Regolamento recante norme in materia di accertamento dell'idoneità al servizio militare

3. *Accertamento dell'idoneità al servizio militare.*

1.....

2.....

3.....

4. Con decreto del direttore generale della sanità militare sono emanate, entro quindici giorni dalla data di pubblicazione del presente regolamento, le direttive tecniche riguardanti l'accertamento delle imperfezioni ed infermità di cui all'articolo 2, comma 3, ed i criteri per delineare il profilo sanitario dei soggetti giudicati idonei al servizio militare.



Fonti Normative

Elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare

20. Apparato locomotore:

- a) le patologie ed i loro esiti, anche di natura traumatica, dell'apparato scheletrico, dei muscoli, delle strutture capsulo-legamentose, tendinee, aponeurotiche e delle borse sinoviali causa di evidenti dismorfismi o di rilevanti limitazioni funzionali, trascorso, ove occorra, il periodo di inabilità temporanea;
- b) la mancanza anatomica o la perdita funzionale permanente almeno di:
 - 1) un dito della mano;
 - 2) falangi ungueali delle ultime quattro dita di una mano;
 - 3) falangi ungueali di cinque dita fra le due mani, escluse quelle dei pollici;
 - 4) un alluce;
 - 5) due dita di un piede;
- c) le deformità gravi congenite ed acquisite degli arti.



Fonti Normative

Determinazione Direttoriale 5 dicembre 2005

Direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e delle infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare

- **20. *Apparato locomotore.***

Le patologie ed i loro esiti, anche di natura traumatica, dell'apparato scheletrico, dei muscoli, delle strutture capsulo-legamentose, tendinee, aponeurotiche e delle borse sinoviali causa di evidenti dismorfismi o di rilevanti limitazioni funzionali; trascorso, ove occorra, il periodo di inabilità temporanea.



Fonti Normative

Determinazione Direttoriale 5 dicembre 2005

Direttiva tecnica riguardante l'accertamento delle imperfezioni e delle infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare

- **Rientrano in questo comma:**
 - le malattie infiammatorie, endocrino-metaboliche, osteodistrofiche, osteocondrosiche, sistemiche e l'osteonecrosi;
 - 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 ed 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 ed acquisite, costa cervicale con sintomi nervosi o vascolari, cifosi dorsale superiore a 60°, etc.;
 - le endoprotesi ed 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 plantare, retrazioni, ernie muscolari, etc.);
 - le malformazioni, le patologie croniche e gli esiti di lesioni dei muscoli (miopatie congenite, agenesie, atrofie, contratture permanenti, miositi, etc.);
 - 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.



CONSIDERAZIONI SULLE NORME ESAMINATE

- Le norme fin qui richiamate, concernenti l'accertamento dell'idoneità al servizio militare, non pongono alcuna possibile preclusione alla rivisitazione della patologia in argomento, nel senso di una sua rivalutazione al fine di consentire l'arruolamento dei soggetti affetti da *“Esiti di intervento per ricostruzione capsulo-legamentosa delle grandi articolazioni, in assenza di instabilità articolare e di disturbi funzionali”*



Fonti Normative

Determinazione Direttoriale 5 dicembre 2005

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

- I coefficienti 1 o 2 vengono attribuiti alla specifica caratteristica somato-funzionale 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 validità 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.



Fonti Normative

- **Codice Imperfezioni, infermità e condizioni somato-funzionali Coefficiente/ caratteristica**
- **207. Le lassità capsulo-legamentose senza instabilità articolare e senza limitazioni funzionali. 2 Ls o Li**
- **208. Le lassità capsulo-legamentose causa di modesta instabilità articolare. 4 Ls o Li**
- **209. Gli esiti di intervento per ricostruzione capsulo-legamentosa delle grandi articolazioni, anche in assenza di instabilità articolare e di disturbi funzionali. 4 Ls o Li**



Fonti Normative

- ***D.M. 30 giugno 2003, n. 198 - Regolamento concernente i requisiti di idoneità fisica, psichica e attitudinale di cui devono essere in possesso i candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli del personale della Polizia di Stato e gli appartenenti ai predetti ruoli***
- **CAUSE DI NON IDONEITÀ PER L'AMMISSIONE AI CONCORSI PUBBLICI PER L'ACCESSO AI RUOLI DEL PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO**
 7. **Le infermità ed imperfezioni dell'apparato osteo-articolare e muscolare: le patologie ed i loro esiti, anche di natura traumatica, dell'apparato scheletrico, dei muscoli, delle strutture capsulo-legamentose, tendinee, aponeurotiche e delle borse sinoviali causa di dismorfismi o alterazioni della meccanica articolare.**



Dati reclutamento Carabinieri 2005 -2009
*Giudizi di non idoneità per esiti ricostruzione
 capsulo legamentosa grandi articolazioni*

	SPALLA		GINOCCHIO		CAVIGLIA	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
Accademia	1		17			
Ufficiali Ruolo Tecnico			3	2		
Ufficiali Ruolo Speciale			6	2		
Ispettori Biennale	4		40	1	1	
VFB	8		51	3	1	
Altri	4		4			
Totale parziale			121	8	2	
TOTALE	17		129		2	



Dati reclutamento Aeronautica Militare 2005 -2009

Giudizi di non idoneità per esiti ricostruzione LCA

	Convocati	Affluiti	Non Idonei	Non idonei per LCA	Percentuale
2005	5203	4629	3156	7	0,002
2006	1625	1439	483	-	
2007	1345	1242	405	2	0,004
2008	2592	2384	795	10	0,012
2009	3877	3655	1111	19	0,017
2010 1° semestre	1704	1587	421	12	0,028



Dati reclutamento Esercito Italiano 2007 -2009

Giudizi di non idoneità per esiti ricostruzione LCA

	Convocati	Non Idonei. (valore medio 35%)	Non idonei per LCA	Percentuale
2007	6794	2378	5	0,002
2008	7419	2596	18	0,007
2009	7925	2773	18	0,006



CONSIDERAZIONI CLINICO-PATOGENETICHE

- *Intervento in artroscopia esclusivo per un legamento con conservazione della funzione e stabilità del meccanismo articolare.*



CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

- *L'elenco delle imperfezioni ed infermità vigente e le discendenti direttive tecniche applicative, vengono approvate in epoca in cui si doveva tener conto del personale militare di leva, a coscrizione obbligatoria, verso cui lo Stato doveva fornire la più ampia garanzia di tutela, indipendentemente dalla possibilità di un'assunzione di responsabilità di un eventuale rischio precostituito (di un aggravamento) da parte dell'interessato sull'impiego, anche attraverso le più banali precauzioni di tipo sanitario.*



CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

- *L'attuale reclutamento, non più a coscrizione obbligatoria, ma su base volontaria consente di poter/dover rivedere la "ratio legis" delle possibili cause di inidoneità, peraltro da armonizzare con le altre forze di polizia, anche in presenza di un rischio precostituito.*
- *In effetti tale logica è stata utilizzata nella revisione della patologia da "Deficit di G6PD" che, nelle disposizioni vigenti, consente la possibilità di una idoneità incondizionata al S.M.I., in alcuni casi e seppur dovendo tener conto di alcune precauzioni/prescrizioni sanitarie.*

