

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**AZIENDA USL LATINA  
UOS Medicina Legale**

Latina, 31/03/2020

Al Direttore Dipartimento Funzionale  
delle Attività Distrettuali  
Dr. Belardino Rossi

Al Direttore DAP  
Dr. Loreto Bevilacqua

e p.c. al Direttore Sanitario  
Dr. Giuseppe Visconti

Oggetto: Applicazione articolo 26 Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18 “Cura Italia”

L’art. 26 comma 2 del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18 prevede che *“Fino al 30 aprile ai lavoratori dipendenti pubblici e privati in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 104/92 nonché ai lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell’art. 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992, il periodo di assenza dal servizio prescritto dalle competenti autorità sanitarie, è equiparato al ricovero ospedaliero di cui all’art. 19, comma 1, del decreto legge 2 marzo 2020, n. 9”*.

Ai fini di chiarire ulteriormente la corretta identificazione dei casi da tutelate con certificazione di malattia in situazione di emergenza da COVID19, i pazienti con patologia cronica e/o immunodepressi ma asintomatici sono da ritenere a maggior rischio di contrarre infezione.

Sulla base delle indicazioni si può ritenere che il Medico di Medicina Generale possa rilasciare direttamente i certificati INPS di malattia con indicazione V07 ai pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/1992.

Gli altri soggetti da ritenere a maggior rischio di contrarre infezione, secondo l’art. 26 comma 2 del decreto legge 17 marzo 2020, debbono invece rivolgersi ai servizi di Medicina Legale ambulatoriali dell’ASL che rilasceranno un’attestazione nei seguenti casi:

- Soggetti con immunodepressione (ad es. in trattamento con immunosoppressori dopo trapianti, in trattamento con antireumatici immunosoppressori, in trattamento chemioterapico, soggetti affetti da immunodeficienza primaria etc.);

- Soggetti con patologie oncologiche in atto;
- Soggetti sottoposti a terapia salvavita.

*Ad esempio fra i principali farmaci immunosoppressori si ricordano: metotrexate, azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamide, clorambucile, everolimus, micofenolato, sirolimus, tacrolimus).*

## **MODALITA' DI RILASCIO ATTESTAZIONE DAL SERVIZIO MEDICINA LEGALE**

Il Medico Legale ambulatoriale, per la compilazione dell'attestato utilizzata il fac simile di seguito allegato, previo:

Accesso diretto del cittadino, munito di documentazione sanitaria, presso gli ambulatori

oppure

mediante invio di email al distretto di competenza con allegata: documentazione sanitaria, documento di riconoscimento e relativa ricevuta di pagamento ticket prestazione ambulatoriale.

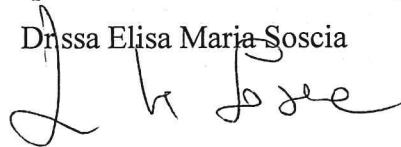
Infine l'attestazione del servizio di Medicina Legale deve essere esibita al Medico di Medicina Generale che provvederà a redigere certificato col codice V07 (persone con necessità di isolamento, altri rischi potenziali di malattie e misure profilattiche) e oltre al codice andrà specificata in campo diagnosi la patologia associata o la causa di immunodepressione.

Si comunicano gli indirizzi e mail cui possono essere trasmesse le richieste.

Distretto 1 :	<a href="mailto:direzione.distretto1@ausl.latina.it">direzione.distretto1@ausl.latina.it</a>
Distretto 2 :	<a href="mailto:medicolegale.distretto2@ausl.latina.it">medicolegale.distretto2@ausl.latina.it</a>
Distretto 3 :	<a href="mailto:medicinalegaledistretto3@ausl.latina.it">medicinalegaledistretto3@ausl.latina.it</a>
Distretto 4 :	<a href="mailto:uo.medicinalegale.terracina@ausl.latina.it">uo.medicinalegale.terracina@ausl.latina.it</a>
Distretto 5 :	<a href="mailto:ssmedicinalegaleformia@ausl.latina.it">ssmedicinalegaleformia@ausl.latina.it</a>

Il Responsabile UOS Medicina Legale

Dr.ssa Elisa Maria Soscia



**Oggetto:** attestato di condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita (DPCM 17.03.2020).

Si attesta che il Sig. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

identificato/a \_\_\_\_\_

vista la documentazione sanitaria esibita

è affetto/a da una delle condizioni di rischio di cui all'art. 26 co. 2 del DPCM 17.03.2020.

Luogo      Data

Firma \_\_\_\_\_