MARSALA SMILE ONLUS

I Diritti del Malato di Cancro

dedicato ad Agata

Si ringraziano per
la preziosa collaborazione:
Giusi Trapani
Margherita Terranova
Rosalba Catalano
Salvatore Lo Grasso
Giuseppe Pandolfo

Un particolare ringraziamento
per la revisione scientifica
al dottor Nunzio Ragona

Espressioni di profonda gratitudine ed ammirazione a quanti, nell'anonimato per scelta, hanno permesso la realizzazione di questo opuscolo.

In copertina:
La primavera
di Rosalba Catalano

MARSALA SMILE ONLUS

Donare un sorriso
rende felice il cuore:
arricchisce chi lo riceve
senza impoverire chi lo dona.
Non dura che un istante
ma il suo ricordo rimane a lungo.

Nessuno è così ricco
da non poterne fare a meno
né così povero da non poterlo donare.
il sorriso crea una gioia in famiglia
dà sostegno nel lavoro
ed è segno tangibile d'amicizia.

Un sorriso dona sollievo a chi è stanco,
rinnova il coraggio nelle prove
e nella tristezza è medicina.

E se incontri chi non te lo offre,
sii generoso e porgigli il tuo:
nessuno ha tanto bisogno di un sorriso
come colui che non sa darlo.

Il testo poetico di padre Faber, offrendo spunti di riflessione, ha portato un gruppo di persone: malati oncologici, parenti ed amici, docenti, medici, psicologi, infermieri, imprenditori, giornalisti ed esperti di comunicazione ad unirsi e a dare vita a "MARSALA SMILE".
È una ONLUS iscritta al registro delle Associazioni di Volontariato della regione Sicilia ed ha come fine quello di tendere la mano e strappare un sorriso a chi si trova a dover lottare giorno dopo giorno contro il cancro.

Avvalendosi della collaborazione di operatori specializzati nel servizio di counseling offre informazioni riguardanti i diritti del malato,le malattie oncologiche, trattamenti terapeutici e i loro effetti collaterali, servizi di supporto e la rete assistenziale.
In collaborazione con l'IEO di Milano, con il San Raffaele Giglio di Cefalù, con la Casa di Cura La Maddalena e con l'Università degli Studi Di Palermo, ha contribuito assieme alle associazioni mediche locali ed ai sindacati di categoria, alla realizzazione di numerosi convegni ed eventi formativi accreditati dal Ministero Della Salute.
In mancanza di pubblicazioni simili da parte delle nostre amministrazioni sanitarie pubbliche,l'opuscolo ha lo scopo,nei confronti del paziente oncologico, di facilitare la comprensione delle leggi regionali e nazionali in campo lavorativo,previdenziale ed assistenziale per migliorarne la qualità di vita.

Il Presidente
Prof.ssa **Silvana Lo Castro**

ANDOS

Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

A.N.D.O.S. nasce, come Centro Riabilitazione Mastectomizzate, nel 1976 da un'intuizione della Signora Luisa Nemez suffragata dal Prof. Piero Pietri, per offrire alle donne operate al seno un'assistenza specifica più ampia e più attenta per aiutarle a superare i molti traumi legati a questa patologia. A Marsala nasce il comitato A.N.D.O.S. per volontà del Dr. Spanò, indimenticato senologo del nostro Ospedale nel Gennaio del 2001, l'associazione prende vita per opera della Dr.ssa Tommasella Marino che raccoglie le ultime volontà del compianto Dr. Spanò il quale non farà in tempo ad essere con noi prima che venisse inaugurata la sede che giustamente prende il suo nome.

Affrontiamo Traumi Dolorosi

Questi traumi sono quelli psicologici legati alla drammatica scoperta della malattia e ai periodi angosciosi che ne seguono; sono quelli fisici che insorgono al subentrare dei trattamenti, dell'eventuale intervento chirurgico, della comparsa di sintomatologie e di postumi menomanti; sono i gravi traumi psicologici riconducibili a quelle prime laceranti impressioni che ogni donna ha di sé dopo i traumi e i guasti di un intervento: l'impressione alienante di trovarsi di fronte ad un'altra donna, vista improvvisamente così distante e diversa dalla prima, così intimamente colpita nella propria natura femminile, nel proprio desiderio di piacere, nella propria sensualità e sessualità.
Lunghi momenti di sconforto, punti interrogativi, spesso senza risposta, vissuti quasi sempre nel silenzio del proprio pudore, spesso causa sottostimata di molti scompensi nella normale vita coniugale e relazionale.
Nasce dalle esperienze dolorose di donne che, pur portando ancora nel corpo e nel cuore i segni delle prove subite, hanno trovato in sé non solo la forza di superare il proprio trauma ma anche l'emozione positiva e attiva di aiutare altre donne colpite dallo stesso morbo.
Volontarie di tutte le età, Volontarie di tutti i contesti sociali che hanno deciso di dedicare ad altre donne con affettuosa, instancabile dedizione

sempre più professionale -le proprie attenzioni, la propria assistenza, il proprio tempo, talvolta anche i propri risparmi.
Sì, perché l'attività dell'Associazione vive tuttora e prevalentemente dell'aiuto finanziario delle sue Associate.
L'A.N.D.O.S. ha come la sua patrona Sant'Agata. Questa santa della quale il nome di origine greca vuoi dire "buona, nobile di spirito"nacque a Catania circa all'anno 230-235.
L'A.N.D.O.S. ha scelto come simbolo una rondine che si staglia nel sole.
Le rondini arrivano a primavera e sono messaggere della buona stagione che avanza e della rinascita ad essa legata. Simboleggiano il ritorno alla vita, forza, sacrificio e coraggio. Forza, sacrificio e coraggio che non mancano alle donne colpite dal tumore che, dopo l'inverno della malattia, riscoprono una nuova primavera di vita. Nel 1992 la nostra rondine si è poggiata sul simbolo del Reach to Recovery ("raggiungere il recupero"), le cui linee che si intrecciano segnano il profilo del seno, vogliono dimostrare l'intreccio fra le associazioni e sono aperte perché rappresentano tutte le donne del mondo.
Ricordiamo che i nostri colori sono: il nero della rondine e l'arancione del sole che è la fonte della vita.

Il Presidente
Dott.ssa **Tommasella Marino**

IEO
Istituto Europeo di Oncologia

Milano, Febbraio 2012

Milano è stata la prima città in Italia a guardare in faccia al problema "cancro", unendo lucidità scientifica di stampo anglosassone ad una calda solidarietà di matrice "meneghina", grazie alle sue prestigiose istituzioni mediche, centri di eccellenza sanitaria, riconosciute ed apprezzate nel mondo.
Numerose e qualificate, le Associazioni di Volontariato supportano il cittadino ammalato durante tutto il decorso della malattia, poiché l'ammalato è e resta cittadino con il suo posto nella società, i suoi diritti, i suoi problemi.
Ed è per venire incontro in modo concreto al cittadino ammalato che la MARSALA SMILE ONLUS ha curato la stampa di questa pubblicazione che vuole essere una guida pratica e sicura, che dà risposte immediate e concrete ai problemi che il paziente oncologico deve affrontare, anche nell'ambito della legge e della burocrazia.
Prosegue così la collaborazione dell'IEO di Milano con le strutture sanitarie del territorio e le associazioni di volontariato, in una logica di fattiva sinergia e positiva sussidiarietà, al servizio del malato oncologico.
Deve essere obiettivo degli uomini di scienza, infatti, il benessere, la salute dei cittadini attraverso la cultura della salute, della prevenzione e del servizio ai bisogni.

Istituto Europeo di Oncologia
Milano

Prof. **Paolo Veronesi**

MEDICA.IT
C.da Terrenove 442/B – MARSALA
Tel. 0923.716100 - 360.570510

Marsala, Febbraio 2012

Un modo nuovo di fare sanità a Marsala

Poco fuori dal centro di Marsala, sulla via Mazara, a 400 mt. dal semaforo di Terrenove-Bambina, si fa notare per il suo stile architettonico piuttosto nordico, la struttura della MEDICA.IT.
Il Centro Sanitario nasce con la volontà di creare una grande integrazione fra la medicina di base, la sanità ospedaliera, ed i liberi professionisti che operano sul territorio.
E questo anche con il coinvolgimento delle ONLUS e delle associazioni di volontariato, che svolgono nella struttura attività logistiche di supporto, di informazione e di prevenzione, soprattutto nel campo oncologico.
Non usufruendo di un rapporto convenzionale con il S.S.N., la MEDICA.IT offre all'utenza del territorio prestazioni polispecialistiche, in regime libero-professionale di solvenza, a tariffe alla portata di tutti gli strati sociali, inquadrandosi nel tentativo di una sanità di taglio "etico".
I continui tagli alla spesa sanitaria e la logica dei budget, hanno portato a lunghe liste di attesa per le prestazioni sanitarie, nelle strutture pubbliche e private convenzionate.
La nostra iniziativa aziendale offre pertanto visite specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, peraltro di altissima qualità, ai prezzi dei ticket sanitari del S.S.N.
Il nostro slogan "low cost - high tech - short time", significa appunto: prestazioni sanitarie a basso costo, con attese brevi, con alta tecnologia e professionalità.
La nostra struttura si avvale peraltro di un rapporto di collaborazione con professionisti che operano in regime di accreditamento istituzionale con

l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, con il Policlinico Universitario di Palermo, con l'Azienda Ospedaliera di Cuneo, con l'Ospedale S.Raffaele di Milano.

E' con vivo interesse e sentito coinvolgimento, che il nostro staff di specialisti ha dato una mano alla divulgazione di questo opuscolo, nel fermo convincimento della necessità di dovere percorrere ancora una lunga strada per assicurare al malato oncologico i suoi diritti, nel rispetto della dignità della persona in condizione di disagio.

Dott. **Salvatore Lo Grasso**

I diritti del malato di cancro

Indice

Introduzioni

3 Marsala Smile Onlus
5 Andos
7 Istituto Europeo di Oncologia
9 Medica.it

Parte prima La salute

13 Diritto di riconoscere lo stato di salute
15 Esenzione dal ticket
15 Prestazioni sanitarie presso centri di altissima specializzazione all'estero
18 Prescrizione gratuita di protesi

Parte seconda Il sistema assistenziale

20 Prestazioni assistenziali
20 Procedura telematica unificata INPS
28 Pensione di inabilità e assegno di invalidità civile
30 Indennità di accompagnamento
32 Indennità di frequenza

Parte terza Il lavoro

34 Collocamento obbligatorio per persone disabili
35 Scelta della sede di lavoro e trasferimento
35 Permessi lavorativi
36 Congedi lavorativi
39 Giorni di assenza per terapia salvavita
39 Lavoro notturno
40 Rapporto di lavoro a tempo parziale

Parte quarta Il sistema previdenziale

43 Prestazioni previdenziali
43 Assegno ordinario di invalidità
46 Pensione di inabilità
47 Assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa ai pensionati per inabilità
48 Pensionamento anticipato

Parte quinta Ulteriori benefici

50 Contrassegno di libera circolazione e di sosta

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:

richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco

definizione di un termine tecnico

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2012

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, si declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Diritto di riconoscere lo stato di salute

Se lo desiderate, avete diritto di avere piena cognizione del vostro stato di salute. Pertanto, avete diritto di ottenere dai medici un'informazione adeguata alle vostre capacità cognitive e al vostro livello socio-culturale. Ciò significa che dovrebbero essere disponibili, a seconda delle necessità e delle richieste, i seguenti tipi di notizie:

- informazioni mediche (spiegazione in merito a tipo di cancro diagnosticato e prognosi; accertamenti ed esami del caso; opzioni terapeutiche con relativi pro e contro; effetti collaterali della malattia e del trattamento);
- informazioni per ottenere aiuti sul piano pratico, sociale e finanziario;
- effetti sulla qualità di vita, sulle relazioni interpersonali, sulla vita sessuale e spiegazione sul modo in cui affrontarli;
- opportunità di sottoporsi a terapie complementari.

La comunicazione della diagnosi (anche provvisoria), delle opzioni di cura e della prognosi, per essere utile ed efficace, deve avvenire con la massima semplicità e chiarezza e mediante l'utilizzo di termini comprensibili.

Il malato, se lo desidera, ha diritto di avere piena cognizione del proprio stato di salute.

Il malato di cancro deve avere accesso ad informazioni attendibili.

Potrete, eventualmente, indicare altre persone cui può essere fornita l'informazione sul vostro stato di salute e, tra queste, il vostro medico di fiducia.
Avete inoltre diritto di:

- essere informati sul nome dello specialista (o degli specialisti) e dei collaboratori che vi prendono in cura;
- essere informati sul nome della persona responsabile di soddisfare le vostre esigenze, nel caso non sia la stessa persona di cui sopra;
- avere indicazioni sugli orari di reperibilità del medico di famiglia, dello specialista, dello psicologo e del personale di sostegno, oltre a sapere a chi potete rivolgervi di notte o durante il week-end in caso di necessità.

In caso di ricovero, qualora si ritenga opportuno procedere a consulto medico esterno alla struttura, avete diritto di ottenere una relazione medica dettagliata sulla vostra situazione clinica, diagnostica e terapeutica. Egualmente in caso di dimissioni, i medici che vi hanno curato durante la degenza devono fornire, su richiesta, una relazione scritta per il medico di fiducia, in cui riporteranno ogni utile indicazione sul vostro stato di salute e, in particolare, sul decorso clinico, sui principali accertamenti effettuati e sulle loro risultanze, sulle terapie praticate, sulla diagnosi e sulla prognosi, nonché sulle eventuali indicazioni terapeutiche e diagnostiche.
Durante il ricovero avete diritto di prendere visione della cartella clinica, ed anche il vostro medico di famiglia può visionarla (L. 241/1990). Solamente dopo le dimissioni, invece, potete avere copia integrale della cartella, che deve essere consegnata entro 30 giorni dalla richiesta ovvero immediatamente, in caso d'urgenza documentata. Se non potete ritirare personalmente la copia richiesta, è sufficiente una delega scritta a persona di fiducia cui devono

Cartella clinica: fascicolo contenente i dati clinici del paziente ricoverato: diario giornaliero, referti degli esami e delle analisi, diagnosi, piano terapeutico.

essere consegnati i documenti richiesti, in busta chiusa[1].

Esenzione dal ticket

I malati di cancro hanno diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore da cui sono affetti e delle eventuali complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti (D.M. Sanità 329/1999).

Domanda: La domanda di esenzione dal ticket deve essere presentata all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competente, allegando i seguenti documenti:

· tessera sanitaria
· codice fiscale
· documentazione medica, specialistica od ospedaliera, che attesti la malattia.

Tessera di esenzione: Dopo aver valutato la documentazione, la ASL vi rilascerà la tessera di esenzione, documento personale, recante il codice 048 identificativo delle patologie tumorali.

Benefici: dietro presentazione della tessera di esenzione avrete diritto ad usufruire gratuitamente, presso strutture pubbliche o convenzionate, delle cure mediche e sanitarie collegate con la patologia tumorale da cui siete affetti. L'esenzione ovviamente è valida anche per i farmaci.

Il malato di cancro ha diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore.

Prestazioni sanitarie presso centri di altissima specializzazione all'estero

L'assistenza sanitaria all'estero è assicurata, in via di eccezione e dietro adeguata richiesta, solo presso centri di altissima specializzazione per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che non sono ottenibili in Italia in modo adeguato o tempestivo.

L'assistenza sanitaria all'estero è assicurata solo presso centri altamente specializzati per prestazioni sanitarie non ottenibili in Italia.

[1] L. 241/1990; D. Lgs. 196/2003.

La procedura cambia a seconda delle modalità di assistenza e anche del paese prescelto per ricevere le prestazioni sanitarie. Da questo punto di vista occorre distinguere, da una parte, gli Stati membri dell'Unione Europea e quelli con i quali l'Italia ha stipulato apposite convenzioni e, dall'altra, gli stati extra-comunitari non convenzionati con il nostro Paese.
Esistono due modalità di assistenza, che richiedono in ogni caso l'autorizzazione della propria ASL:

- assistenza diretta: le prestazioni sanitarie sono pagate direttamente dalla ASL e rimane a vostro carico solo l'eventuale ticket sanitario[2] applicato dal Paese di destinazione;

- assistenza indiretta: le prestazioni sanitarie sono a carico vostro, ma avrete diritto ad un rimborso parziale dalla ASL.

Domanda: Per ricevere le prestazioni sanitarie presso centri di altissima specializzazione all'estero è necessario richiedere preventivamente l'autorizzazione alla ASL di appartenenza, presentando una domanda alla quale devono essere allegati:
- il certificato del medico specialista (pubblico o privato), che illustri l'impossibilità di ricevere trattamenti adeguati e tempestivi nelle strutture sanitarie operanti sul territorio nazionale, indicando anche la struttura estera prescelta;
- l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta dalle disposizioni regionali.

---

2 Le disposizioni dei paesi esteri in materia di esenzione dal ticket sono diverse da quelle italiane, per cui è necessario verificare quale documentazione richiede il paese di destinazione per avvalersi di eventuali agevolazioni riconosciute.

Tempi e iter: La ASL trasmette entro 3 giorni la domanda e i documenti allegati al Centro regionale di riferimento competente. Questo ha 7 giorni di tempo per rispondere alla ASL oppure, se necessario, richiedere ulteriore documentazione, rinviando la risposta per altri 7 giorni. In caso di mancata risposta nei tempi previsti, la valutazione s'intenderà positiva. La ASL vi rilascerà:

- il modello E 112 se il ricovero è previsto presso strutture pubbliche di Stati membri dell'Unione Europea o di stati convenzionati con l'Italia. Tale modello vi dà diritto a usufruire dello stesso trattamento riservato ai cittadini dello stato in cui avviene il ricovero e al trattamento di assistenza diretta da parte della ASL (v. sopra);

- apposita autorizzazione scritta se il ricovero è previsto presso strutture private di Stati membri dell'Unione Europea o di stati convenzionati con l'Italia o in strutture pubbliche di stati non convenzionati con l'Italia; in questo modo la prestazione è riconosciuta in regime di assistenza indiretta dalla ASL.

  Eccezione: In casi di comprovata eccezionale gravità e urgenza, sono previste deroghe alla procedura standard sopradescritta. L'autorizzazione della ASL, infatti, può essere rilasciata anche successivamente all'erogazione delle prestazioni sanitarie all'estero.

Rimborsi: Nel caso di assistenza indiretta, le modalità di rimborso sono le seguenti:

- Spese sanitarie (onorari professionali, degenza, diagnostica, farmaci, protesi, ecc.): sostenute presso centri privati: fino all'80% delle tariffe applicate nelle strutture pubbliche o private non a scopo di lucro.

- Spese di trasporto o viaggio: Paziente: 80% (biglietto

ferroviario di II classe/aereo), purché preventivamente autorizzate; Accompagnatore: rimborsabili solo se viaggia con minore di 18 anni o persona non autosufficiente, se preventivamente autorizzate.

- Spese per prestazioni libero-professionali: 40%.
- Spese di soggiorno: Rimborsabili solo se la struttura non prevede il ricovero per tutta la durata degli interventi autorizzati e se sostenute da persone con handicap e loro accompagnatori.
- Spese sanitarie residue a carico del paziente (20%): Rimborso parziale o totale se sono particolarmente elevate in relazione al reddito.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare alla ASL le fatture (o altra documentazione) attestanti il pagamento, vistate dal consolato italiano presso il paese in cui sono state ricevute le cure. Il pagamento sarà effettuato entro qualche mese.
Se siete non abbienti, avete diritto ad un acconto sul rimborso spettante, anche prima del trasferimento all'estero o del rientro in Italia, in considerazione dell'entità della spesa o delle modalità di pagamento utilizzate presso la struttura estera. In ogni caso l'acconto non può superare il 70% del rimborso spettante.
Ricorso: In caso di parere negativo del Centro regionale di riferimento, potrete presentare ricorso entro 15 giorni, in sede amministrativa al Direttore Generale della ASL o in sede giudiziaria al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR).

Il Servizio Sanitario Nazionale fornisce gratuitamente ausili, ortesi e protesi ai malati che ne hanno diritto.

Prescrizione gratuita di protesi

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fornisce gratuitamente ausili, ortesi e protesi alle persone con invalidità superiore al 33% e agli altri beneficiari previsti dal De-

creto del Ministro della Sanità 332/1999, tra i quali rientrano le donne mastectomizzate, gli amputati d'arto, gli stomizzati, i laringectomizzati, anche se in attesa del riconoscimento di invalidità.
Se fate parte di queste categorie, per ottenere un dispositivo incluso nel Nomenclatore dovete rivolgervi alla ASL territorialmente competente.

Nomenclatore: documento che stabilisce quali sono gli ausili e le protesi rimborsati dal SSN. Spetta al medico specialista identificare il codice corrispondente alla protesi idonea al vostro caso.

Parte seconda
Il sistema assistenziale

Prestazioni assistenziali

Sistema assistenziale: le prestazioni e i servizi che lo Stato eroga a favore di tutti i cittadini che si trovino in stato di bisogno e privi di mezzi di sostentamento propri.

I malati di cancro, a seconda del tipo di invalidità riconosciuta, avranno diritto alle seguenti prestazioni:

- pensione di inabilità;
- assegno di invalidità;
- indennità di accompagnamento;
- indennità di frequenza.

Procedura telematica unificata INPS

Dal 1° gennaio 2010 la domanda per l'accertamento dello stato di invalidità e di handicap deve essere presentata direttamente all'INPS per via telematica. Anche a seguito delle segnalazioni fatte dalla Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (F.A.V.O.) e da AIMaC sulle disparità territoriali di accesso ai servizi assistenziali per i malati oncologici, è stata, infatti, approvata una nuova normativa[3] che elimina il passaggio della presentazione della domanda cartacea alla ASL.

[3] L. 102/2009 di conversione con modifiche del D.L. 78/2009 (c.d. decreto anticrisi) art. 20. Circolare INPS n.131 del 28.12.2009.

Per accedere ai servizi telematici INPS dovete munirvi di un codice PIN, o essere in possesso di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS). Il PIN può essere richiesto:

- direttamente sul sito dell'INPS seguendo le istruzioni relative alla procedura di registrazione;
- telefonando al numero verde INPS 803164.

La procedura telematica per la presentazione della domanda si articola in due fasi iniziali distinte, ma connesse e conseguenziali:

1. certificato medico digitale: per questo dovete recarvi da un medico certificatore (medico di medicina generale o medico specialista, ad esempio l'oncologo) accreditato[4], in possesso di apposito PIN. Il medico compila online sul sito INPS la certificazione medica richiesta, che comprende una breve descrizione della diagnosi e dello stato obiettivo di salute, certificando anche, qualora ne ricorrano le condizioni, che:

- non siete in grado di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- non siete in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua;
- siete affetti da malattia neoplastica in atto[5];
- siete affetti da patologia in situazione di gravità[6];
- sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per voi o per gli altri lo spostamento dal vostro domicilio.

---

4 L'elenco dei medici certificatori accreditati è pubblicato sul sito dell'INPS.

5 L. 80/2006 di conversione del D. L. 4/2006.

6 D.M. 2/8/2007 "Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante".

Il medico certificatore invia quindi la domanda telematicamente, e vi consegna la stampa firmata in originale, che dovrete esibire all'atto della visita, e la ricevuta di trasmissione con il numero del certificato. Questo numero è importante perché consente al sistema di abbinare il certificato medico alla domanda;

2. domanda per l'accertamento dello stato di invalidità e di handicap. Una volta ottenuto il PIN e entro e non oltre 30 giorni dall'invio della certificazione da parte del medico, dovete collegarvi nuovamente al sito dell'INPS per compilare la domanda vera e propria. Inserite tutti i dati richiesti, incluso il numero del certificato telematico riportato sulla ricevuta che vi ha consegnato il medico (facendo attenzione a non sbagliare perché ciò consente l'abbinamento dei due documenti), quindi inviate telematicamente la domanda. A questo punto il sistema vi rilascia una ricevuta che può essere stampata.

La domanda può, eventualmente, essere presentata tramite il Patronato o le associazioni di categoria dei disabili abilitate. Nella domanda avete la facoltà di indicare i giorni in cui, dovendo effettuare terapie (ad esempio la chemioterapia), non potete essere sottoposti a visita.

Se oltre a richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile[7], volete usufruire anche dei benefici previsti dalla legge sull'handicap[8], è bene che nella domanda specifichiate la volontà di essere sottoposti a visita medico-legale per l'accertamento dell'esistenza dei requisiti previsti dalle due leggi per evitare di essere sottoposti

---

[7] L. 118/1971.

[8] L. 104/1992.

a due visite medico-legali, nonostante la legge[9] preveda la semplificazione e unificazione delle procedure di accertamento dello stato di invalidità e di handicap. Nella domanda potete anche richiedere il contestuale accertamento dello stato di disabilità ai fini del collocamento obbligatorio[10].

Tempi e iter: L'avvenuta ricezione da parte dell'INPS dei documenti telematici, ossia della domanda per l'accertamento dello stato di invalidità e di handicap e del certificato medico abbinato dal codice, è attestata dalla ricevuta generata dal sistema, sulla quale sono riportati anche luogo, data e orario in cui dovrete presentarvi davanti alla Commissione Medica della ASL territorialmente competente per la **visita medica.** In caso di impossibilità a presentarvi alla visita medica, avete 30 giorni di tempo (dalla data della domanda) per richiedere un nuovo appuntamento.

Nel caso in cui il trasferimento per raggiungere il luogo in cui è fissata la visita medica comporti un grave rischio per la salute potete richiedere la visita domiciliare. Anche in questo caso la procedura è esclusivamente telematica e deve essere eseguita dal medico certificatore entro e non

---

9 L. 80/2006 di conversione del D. L. 4/2006 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 59 dell'11.3.2006 e entrata in vigore il 12 marzo 2006. Si riporta il testo del comma 1, art. 6 relativo alla semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilita: "Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, adottano disposizioni dirette a semplificare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidita' civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap e dell'handicap grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali e' previsto un accertamento legale."

10 L. 68/1999.

oltre 5 giorni prima della data fissata per la visita. Il Presidente della Commissione ASL valuta la congruità della richiesta e dispone o meno la visita domiciliare dandone comunicazione all'interessato.

A seguito dell'applicazione della nuova procedura, dal 1° gennaio 2010 nella Commissione medica della ASL è prevista anche la presenza di un medico dell'INPS come componente effettivo.

La normativa[11] approvata su proposta di F.A.V.O. e di AIMaC e entrata in vigore nel 2006 ha velocizzato l'accertamento dello stato di invalidità e di handicap per i malati oncologici imponendo alla Commissione medica della ASL di fissare la data della visita entro 15 giorni dalla data di presentazione della domanda. Benché la stessa normativa abbia riconosciuto l'efficacia immediata del verbale di accertamento ai fini del godimento dei benefici connessi allo stato di invalidità e di handicap, si deve tenere conto del fatto che, a seguito delle innovazioni introdotte dall'art. 20 della Legge 102/09, il verbale è definitivo solo se validato dal medico responsabile del centro medico legale INPS territorialmente competente, il quale può anche sospenderne gli effetti e decidere di convo-

---

11 L. 80/2006 di conversione del D. L. 4/2006 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 59 dell'11.3.2006 e entrata in vigore il 12 marzo 2006. Si riporta il testo del comma 3 bis, art. 6 relativo al riconoscimento della disabilità transitoria del malato oncologico in fase acuta: "L'accertamento dell'invalidità civile ovvero dell'handicap, riguardante soggetti con patologie oncologiche, è effettuato dalle commissioni mediche di cui all'art. 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, ovvero all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato. Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti, fatta salva la facoltà della commissione medica periferica di cui all'art. 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, di sospenderne gli effetti fino all'esito di ulteriori accertamenti".

care a visita l'interessato. Il verbale di accertamento è inviato telematicamente all'interessato alla conclusione dell'iter sanitario.

Nel caso in cui, a pochi giorni dall'appuntamento, un evento imprevisto vi impedisca di presentarvi alla visita medica, dovete comunicarlo (meglio se a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno anticipata per fax) alla ASL presso la quale siete stati convocati, che, conseguentemente, sposterà l'appuntamento. In caso di mancato preavviso, sarà comunque fissata una nuova data, ma in caso di ulteriore, mancata presentazione senza preavviso, la domanda sarà archiviata e dovrà essere ripresentata.
La presenza del medico di fiducia (oncologo, medico di famiglia, medico legale) durante la visita medico-legale è certamente consigliabile: oltre a sostenere le vostre ragioni, egli potrà illustrare adeguatamente alla Commissione Medica della ASL la documentazione sanitaria (cartella clinica, referti diagnostici/istologici, ecc.), le caratteristiche della malattia, del piano terapeutico e delle disabilità connesse e conseguenti. Poiché la Commissione Medica della ASL potrebbe trattenere la documentazione sanitaria, è bene che ne portiate con voi anche una copia (che la Commissione può autenticare contestualmente su richiesta) per evitare di rimanere sprovvisti degli originali.

Il malato di cancro ha diritto a farsi assistere durante la visita medico-legale dal proprio medico di fiducia.

Completata la fase di accertamento sanitario con la validazione definitiva da parte dell'INPS, se vi è stato riconosciuto il diritto a una prestazione economica, si apre la fase di verifica amministrativa dei requisiti socio-economici e delle modalità di pagamento. Anche in questo caso la competenza è dell'INPS, che vi richiederà di fornire, sempre per via telematica, gli ulteriori dati richiesti relativi alla condizione reddituale e personale per ridurre al minimo i tempi di erogazione degli eventuali benefici economici spettanti, che comunque non supereranno i

120 giorni dalla data di presentazione della domanda.

Il certificato attestante lo stato di invalidità e/o di handicap è rilasciato in unico esemplare; pertanto, è consigliabile esibirlo e fornirlo solo in copia, eventualmente autenticata, a tutti i soggetti e istituzioni che lo richiedano.

Aggravamento: In seguito, se la malattia progredisce e le vostre condizioni peggiorano, potrete presentare la domanda di accertamento dell'aggravamento dello stato di salute, alla quale dovrete allegare adeguata documentazione che certifichi il peggioramento della patologia tumorale, per la quale avete richiesto l'invalidità.

Revisione: Se lo stato di invalidità o di handicap è riconosciuto per un periodo di tempo limitato, dovrete essere sottoposti alla visita di revisione. Prima della scadenza del periodo indicato nel verbale di accertamento sarete convocati per la visita di revisione da parte della Commissione medica della ASL. In caso contrario, rivolgetevi alla sede INPS territorialmente competente oppure richiedete per via telematica di essere sottoposti alla visita di revisione. Presentando la domanda di revisione prima della scadenza si evita l'interruzione delle prestazioni assistenziali che decadono al termine di validità indicato nel verbale.

Con riferimento all'aggravamento e alla revisione, si segnala che, con l'entrata in vigore della legge n. 69/2009[12],

---

[12] Ai sensi dell'art. 56, comma 2, della legge 18 giugno 2009, n. 69 "L'art. 11 della legge 12 giugno 1984, n. 222 si applica anche alle domande volte a ottenere il riconoscimento del diritto a pensioni, assegni e indennità comunque denominati spettanti agli invalidi civili nei procedimenti in materia di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo". Ai sensi dell'art. 11 della legge n. 222/1984 "….l'assicurato che abbia

chi richiede il riconoscimento del diritto a pensioni, assegni e indennità comunque denominati spettanti agli invalidi civili nei procedimenti in materia di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo, non può presentare ulteriore domanda per la stessa prestazione fino a quando non sia esaurito l'iter di quella in corso in sede amministrativa o, nel caso di ricorso in sede giudiziaria, fino a quando non sia intervenuta sentenza passata in giudicato. In caso contrario, la domanda sarà dichiarata irricevibile.

Ricorso: Se ritenete che, sotto il profilo sanitario, non vi sia stata riconosciuta la giusta percentuale di invalidità o lo stato di gravità dell'handicap, o vi sia stata negata l'indennità di accompagnamento o di frequenza da parte della Commissione Medica della ASL (validata da giudizio definitivo dell'INPS), potrete ricorrere al Giudice competente. Un legale di vostra fiducia potrà presentare ricorso giudiziale[13] alla sezione lavoro e previdenza del Tribunale competente in base al luogo di residenza, entro e non oltre 180 giorni dalla data di ricevimento del verbale di accertamento totalmente o parzialmente sfavorevole. Secondo la recente normativa il ricorso può essere presentato solo nei confronti dell'INPS. Se il diritto ai benefici economici derivanti dall'invalidità è negato dall'ente concessorio o erogatore per motivi diversi da quelli sanitari (mancanza dei requisiti reddituali, incompatibilità delle prestazioni, ecc.), potrete proporre ri-

---

in corso o presenti domanda intesa ad ottenere il riconoscimento del diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità…….. non può presentare ulteriore domanda per la stessa prestazione fino a quando non sia esaurito l'iter di quella in corso in sede amministrativa o, nel caso di ricorso in sede giudiziaria, fino a quando non sia intervenuta sentenza passata in giudicato".

13 Art. 42 L. 23/11/2003 n. 326 di conversione in legge, con modificazioni, del D. lgs. 30/9/2003 n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici.

corso amministrativo al Comitato Provinciale dell'INPS e all'ente che ha emanato il provvedimento entro 90 giorni dal ricevimento del provvedimento di diniego. Se entro 90 giorni dalla presentazione del ricorso amministrativo non avrete ricevuto risposta oppure il ricorso sarà stato respinto, sarà possibile ricorrere al Tribunale (sezione lavoro e previdenza) territorialmente competente con l'assistenza del legale di fiducia.

Pensione di inabilità e assegno di invalidità civile

Lo Stato riconosce ai malati oncologici l'invalità civile.

Lo Stato assiste i malati oncologici[14] che si trovino in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia per mezzo del riconoscimento dell'invalidità civile[15] a prescindere da qualunque requisito assicurativo o contributivo. Secondo le tabelle ministeriali di valutazione[16], tre sono le percentuali di invalidità civile per patologia oncologica:

11%: prognosi favorevole e modesta compromissione funzionale;

70%: prognosi favorevole, ma grave compromissione funzionale;

---

14 Cittadini italiani, cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea residenti in Italia, cittadini extra comunitari o apolidi in possesso della carta di soggiorno o con permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno.

15 "[...] si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo [...] che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a compiere i compiti e le funzioni proprie della loro età" (art. 2 L. 118/1971 modif. art. 6 D. lgs. 509/1988).

16 D. M. Sanità 5/2/1992.

100%: prognosi infausta o probabilmente sfavorevole, nonostante l'asportazione del tumore.

Domanda: La domanda per il riconoscimento della pensione di inabilità e dell'assegno di invalidità civile deve essere presentata direttamente all'INPS per via telematica secondo le modalità indicate in questa pagina.

Decorrenza: La pensione di inabilità o l'assegno di invalidità spettano dal mese successivo alla presentazione della domanda all'INPS, salvo diversa indicazione da parte della Commissione Medica. All'atto del primo pagamento l'INPS (ente pagatore) verserà, in un'unica soluzione, tutte le mensilità arretrate e i relativi interessi, mentre gli assegni successivi saranno corrisposti mensilmente.
Benefici: Il riconoscimento dello stato di invalidità da parte della Commissione medica della ASL o di verifica dell'INPS, dà diritto a benefici sociali e/o economici, che dipendono dal grado di invalidità riconosciuto e dal reddito.
Se avete un'età compresa tra 18 e 65 anni e ottenete il riconoscimento di un'**invalidità civile del 100%,** avrete diritto:

- alla **pensione di inabilità,** erogata per 13 mensilità. Per l'anno 2011, essa è pari a 260,27 euro mensili (13 mensilità) con limite di reddito annuo personale non superiore a 15.305,79 euro; e
- all'**esenzione dal ticket** per farmaci e prestazioni sanitarie.

Se siete in età lavorativa (18-65 anni) e avete ottenuto il riconoscimento di un'invalidità civile pari o superiore al 74%, e a condizione che vi iscriviate alle liste speciali del collocamento obbligatorio, avrete diritto:

- all'**assegno di invalidità,** erogato per 13 mensilità. Per l'anno 2011 esso è pari a 260,27 euro qualora il

vostro reddito annuo personale non sia superiore a 4.470,70 euro.

Dal 3 settembre 1998[17] il pagamento della pensione di inabilità e dell'assegno di invalidità è di competenza dell'INPS, che ha la gestione di un apposito fondo. Su vostra indicazione, tale pagamento potrà avvenire mediante:

- accredito sul vostro conto corrente bancario/postale
- assegno circolare inviato a domicilio.
- in contanti presso sportelli bancari o uffici postali.

Al riconoscimento dello stato di handicap (grave o non) conseguono alcuni benefici fiscali ma è in ambito lavorativo che si esplica la tutela disciplinata dalla L. 104/1992. I malati che lavorano e, in diversa misura, i lavoratori familiari di malati oncologici in stato di handicap grave hanno diritto ad usufruire di permessi, congedi retribuiti e non, scelta della sede di lavoro, part-time ed altri benefici per contemperare i tempi di cura con i tempi di lavoro.

Indennità di accompagnamento

Lo Stato riconosce l'indennità di accompagnamento ai malati di cancro non più autosuffiecienti a causa della malattia.

Se a causa della malattia avete anche problemi di deambulazione o non siete più autonomi nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestizione), potrete richiedere anche il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento[18].

---

17 Art. 130 D. lgs. 112/1998.

18 L. 18/1980 e L. 508/1988; D. lgs. 509/1988.

La giurisprudenza più recente della Corte di Cassazione[19] ha affermato che detta indennità può essere concessa anche ai malati in fase terminale.

La Corte Suprema ha chiarito che il fondamento delle norme che prevedono l'indennità di accompagnamento si riscontra anche nell' *"esigenza di incentivare l'assistenza domiciliare dell'invalido, evitandone il ricovero in ospedale e, nel contempo, sollevando lo Stato da un onere ben più gravoso di quello derivante dalla corresponsione dell'indennità"; inoltre, ha ribadito che "l'intervento assistenziale che si realizza con la concessione dell'indennità di accompagnamento è rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti di cura e assistenza con conseguente diminuzione della relativa spesa sociale".*
Si segnala, infine, che l'indennità di accompagnamento è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa[20].

Domanda: La domanda di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento deve essere presentata direttamente all'INPS per via telematica secondo le modalità indicate a questa pagina.

Si fa presente che il certificato medico digitale deve riportare una delle seguenti indicazioni: "la persona è impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" oppure "la persona non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua".

---

19 Sentenze n. 7179/2003, n. 10212/2004, n. 1268/2005.

20 Art. 1, co. 3, L. 508/1988.

Decorrenza: L'assegno per l'accompagnamento spetta dal mese successivo alla presentazione della domanda alla ASL. All'atto del primo pagamento l'INPS (ente pagatore) vi verserà, in un'unica soluzione, tutte le mensilità arretrate e i relativi interessi, mentre gli assegni successivi saranno corrisposti mensilmente.

Importo: L'indennità di accompagnamento - pari a 487,39 euro mensili per l'anno 2011 - è erogata per 12 mensilità. L'importo, aggiornato annualmente dal Ministero dell'Interno, non è vincolato da limiti di reddito e non è reversibile. L'erogazione, però, è sospesa in caso di ricovero in un istituto con pagamento della retta a carico di un ente pubblico. In caso di ricovero in una struttura a titolo gratuito dovrete darne tempestiva comunicazione all'INPS. In ogni caso, entro il 31 marzo di ogni anno, sarete tenuti a dichiarare, sotto la vostra responsabilità, di non essere ricoverati in un istituto a titolo gratuito. La dichiarazione dovrà essere presentata su modulo prestampato che vi sarà inviato a casa e che dovrete compilare e spedire all'ente indicato (INPS, Comune o ASL di residenza). La dichiarazione di una persona temporaneamente impedita può essere resa dal coniuge o da un familiare entro il terzo grado.

Indennità di frequenza

Lo Stato riconosce ai minori affetti da patologie tumorali l'indennità di frequenza (L. 289/90).

I minori affetti da patologie tumorali, che siano iscritti o frequentino scuole di ogni ordine e grado (compresi gli asili nido[21]), centri terapeutici, di riabilitazione, di formazione o di addestramento professionale, possono

21 La Corte Costituzionale con sentenza n. 467/2002 ha stabilito che l'indennità di frequenza, di cui alla L. 289/1990, spetta anche ai minori, fino a tre anni, che frequentano l'asilo nido, previa presentazione di domanda corredata da certificato di frequenza all'asilo nido (cfr. circolare INPS n. 11 del 22 gennaio 2003).

richiedere il riconoscimento dell'indennità di frequenza (L. 289/90). Si segnala che l'indennità di frequenza non è compatibile con l'indennità di accompagnamento o con qualunque forma di ricovero. In pratica possono richiedere il riconoscimento dell'indennità di frequenza i minori le cui condizioni siano meno gravi di quelle che danno diritto all'indennità di accompagnamento.
Domanda: La domanda di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento deve essere presentata direttamente all'INPS per via telematica secondo le modalità indicate in questa pagina.

L'indennità di frequenza cessa di essere erogata al compimento del diciottesimo anno di età; pertanto dovrete presentare una nuova domanda alla ASL per ottenere il riconoscimento dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità, poiché la normativa non prevede alcun automatismo, pur persistendo i requisiti sanitari invalidanti.
Decorrenza: Se il minore ha già ottenuto il riconoscimento dei requisiti sanitari da parte della ASL, il diritto a percepire l'assegno decorre dal mese successivo a quello di inizio del trattamento terapeutico o riabilitativo, ovvero del corso scolastico o di formazione o di addestramento professionale. Se, invece, i requisiti sanitari devono ancora essere riconosciuti, l'assegno è dovuto a partire dal mese successivo alla data di presentazione della domanda. Al momento del primo pagamento saranno corrisposte in un'unica soluzione tutte le mensilità arretrate e i relativi interessi, mentre gli assegni successivi saranno erogati su base mensile per tutta la durata del trattamento o della frequenza del corso.
Importo: L'indennità di frequenza, erogata per la durata delle cure o la frequenza del corso fino ad un massimo di 12 mesi, per l'anno 2011 è pari a 260,27 euro mensili per un reddito annuo personale non superiore a 4.470,70 euro.

Parte terza
Il lavoro

In ambito lavorativo alcuni benefici conseguono all'accertamento di una certa percentuale di invalidità, mentre altri sono legati all'accertamento dello stato di "handicap in situazione di gravità", ed altri ancora discendono dalla sussistenza dei requisiti previsti dalla L. 68/1999. Per tale motivo, e per evitare di dovervi sottoporre più volte alla visita medico-legale, è consigliabile presentare alla ASL la domanda sia per il riconoscimento dello stato di invalidità sia per quello di handicap cosiddetto "grave", come previsto dalla L. 104/1992, sia per l'accertamento della disabilità ai sensi della L. 68/1999.

Collocamento obbligatorio per persone disabili

Se non avete ancora un lavoro, l'accertamento dell'invalidità effettuato dalla Commissione Medica della ASL ai sensi della L. 68/1999 è utile ai fini di una futura assunzione. Le imprese e gli enti pubblici, infatti, hanno l'obbligo di assumere gli individui che hanno un'invalidità dal 46% al 100% e che sono iscritti nelle liste speciali del collocamento obbligatorio, in numero proporzionale alle dimensioni della singola impresa o ente[22].

---

22 Secondo l'art. 3 L. 68/1999, tali percentuali, che costituiscono le cosiddette quote di riserva, sono fissate nelle seguenti misure:
· datori di lavoro con più di 50 dipendenti: 7% dei dipendenti;
· datori di lavoro con 36-50 dipendenti: 2 invalidi;
· datori di lavoro con 15-35 dipendenti: 1 invalido;
· datori di lavoro con meno di 15 dipendenti: non è previsto alcun obbligo.

Scelta della sede di lavoro e trasferimento

Se vi è stata riconosciuta un'invalidità superiore al 67%, (nel caso di assunzione per concorso in un ente pubblico) avrete diritto alla priorità nella scelta della sede più vicina al vostro domicilio tra quelle disponibili e alla precedenza nella scelta della sede nel caso chiediate il trasferimento (art. 21 L. 104/1992).
Se, invece, vi è stato riconosciuto lo stato di handicap in situazione di gravità, anche se non siete dipendenti pubblici, avrete diritto ad ottenere, se possibile, il trasferimento alla sede di lavoro più vicina al vostro domicilio e non potrete essere trasferiti senza il vostro consenso. In quest'ultimo caso anche il familiare che vi assiste godrà degli stessi diritti, ossia potrà scegliere la sede di lavoro più vicina al vostro domicilio, compatibilmente con le esigenze del datore di lavoro, e non potrà essere trasferito contro la sua volontà (art. 33 L. 104/1992 come modificato dall'art.24 della L.183/2010 c.d. Collegato lavoro).

Permessi lavorativi

La L. 104/1992 stabilisce che, ottenuto il riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità, sia il lavoratore con disabilità sia il familiare[23] che lo assiste possono usufruire di permessi retribuiti con i seguenti limiti:

---

23 I familiari aventi diritto ai permessi sono: il coniuge, i parenti e gli affini entro il 2° grado (genitore, figlio/a, nonno/a, nipote, fratello, sorella, suocero/a, nuora, genero, cognato/a) e solo nel caso in cui nessuno di questi possa prestare assistenza per ragioni di età (superiore a 65 anni) o perché affetti da patologie invalidanti o perchè deceduti o mancanti, allora è ammesso che i permessi per l'assistenza alla persona disabile siano fruiti da parenti e affini fino al 3° grado (bisnonni, zii, nipoti figli di fratelli o sorelle, zii acquisiti e nipoti acquisiti) Art. 33, co. 3, L. 104/1992come modificato dall'art.24 della L.183/2010 c.d. Collegato lavoro.

- per il lavoratore con disabilità: a scelta 2 ore giornaliere o 3 giorni mensili[24];
- per il familiare: 3 giorni mensili a condizione, salvo eccezioni, che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno[25].

Nel caso di impiego part-time i permessi sono ridotti in proporzione al lavoro prestato. I permessi non utilizzati nel mese di competenza non possono essere fruiti nei mesi successivi. Inoltre, il lavoratore ha diritto a un permesso retribuito di 3 giorni lavorativi all'anno per decesso o documentata grave infermità del coniuge, di un parente entro il secondo grado o del convivente a condizione che la stabile convivenza con il lavoratore sia adeguatamente documentata[26].
Domanda: Per ottenere i diversi tipi di permesso è sufficiente farne richiesta al datore di lavoro e/o all'ente di previdenza cui si versano i contributi.

Congedi lavorativi

- Congedo retribuito di 30 giorni all'anno per cure
- Congedo straordinario biennale retribuito
- Congedo biennale non retribuito

Il malato ed il familiare che lo assiste hanno diritto ad usufruire di periodi di congedo dal lavoro.

24 Art. 33 co. 6, L. 104/1992 come modificato dall'art.24, L.183/2010 cosiddetto 'Collegato lavoro'.

25 Anche in caso di ricovero, il familiare può fruire dei 3 giorni di permesso per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie oppure per assistenza al ricoverato in coma vigile e/o in situazione terminale oppure nel caso di un minore per il quale sia documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare(Circ. n.13/2010 Dipartimento della Funzione Pubblica e Circ. n.45/2011 INPS).

26 Art. 4 co. 1, L. 53/2000: "La lavoratrice e il lavoratore hanno diritto ad un permesso retribuito di tre giorni lavorativi all'anno in caso di decesso o di documentata grave infermità del coniuge o di un parente entro il secondo grado o del convivente, purché la stabile convivenza con il lavoratore o la lavoratrice risulti da certificazione anagrafica.

Congedo retribuito di 30 giorni all'anno per cure

Se vi è stata riconosciuta un'invalidità superiore al 50%, avete diritto a 30 giorni all'anno (anche non continuativi) di congedo (retribuito dal datore di lavoro) per cure mediche connesse con il vostro stato di invalidità [27,28]. I giorni di congedo straordinario per cure si sommano ai giorni di malattia previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicato alla vostra categoria e, pertanto, non vanno computati ai fini del **periodo di comporto.**

Congedo straordinario biennale retribuito

Il lavoratore dipendente, familiare del malato (non ricoverato) portatore di handicap in situazione di gravità ha diritto a un periodo di congedo straordinario retribuito, continuativo o frazionato, fino a un massimo di 2 anni[29]. Si noti che il congedo è riconoscibile per la durata massima complessiva di due anni nell'arco della vita lavorativa tra tutti gli aventi diritto per ogni persona disabile. La Corte Costituzionale ha ampliato il novero dei familiari aventi diritto al congedo straordinario e ne ha, altresì, indicato l'ordine di priorità. Il coniuge[30] convivente con il disabile ha prioritariamente diritto ad usufruire del congedo. In caso di mancanza o decesso del coniuge o altre cause impeditive, possono fruire del congedo straordinario i genitori (naturali, adottivi ed affidatari) anche non conviventi. In caso di decesso o di impossibilità[31] di entrambi i ge-

Periodo di comporto: arco di tempo (di durata variabile in funzione della qualifica e dell'anzianità di servizio), stabilito dal CCNL, durante il quale il datore non può licenziare il lavoratore malato.

Il lavoratore che assiste un familiare portatore di "handicap in situazione di gravità" ha diritto al congedo straordinario retribuito per 2 anni.

---

27 Art. 26 L. 118/1971 e art. 10 D. lgs. 509/1988

28 Art. 10 D. lgs. 509/1988: "Il congedo per cure previsto dall'articolo 26 della legge 30 marzo 1971, n. 118, può essere concesso ai lavoratori mutilati ed invalidi ai quali sia stata riconosciuta una riduzione della attitudine lavorativa superiore al 50 per cento, sempreché le cure siano connesse alla infermità invalidante riconosciuta".

29 Art. 42 D. lgs. 151/2001.

30 Corte Costituzionale sentenza n. 158/2007.

31 Corte Costituzionale sentenza n. 233/2005.

nitori, analogo diritto è riconosciuto al fratello o alla sorella conviventi con il portatore di handicap grave. Infine la Corte Costituzionale ha stabilito che il diritto al congedo straordinario spetta anche al figlio convivente, sempre che gli altri familiari siano impossibilitati a fruire del congedo per fornire assistenza[32]. Il congedo deve essere concesso entro 60 giorni dalla presentazione della domanda da parte dell'interessato. Durante il periodo di congedo spetta un'indennità economica pari alla retribuzione percepita nell'ultimo mese prima del congedo fino ad un massimo stabilito per legge e aggiornato dagli indici ISTAT. Il periodo di congedo è altrseì coperto da contribuzione figurativa.

Congedo biennale non retribuito

Il lavoratore dipendente (pubblico o privato) ha diritto a un periodo di congedo non retribuito, continuativo o frazionato, per gravi e documentati motivi familiari fino a un massimo di 2 anni. Durante tale periodo conserva il posto di lavoro, ma non può svolgere alcuna attività lavorativa[33].

Domanda: Per ottenere i diversi tipi di congedo è sufficiente farne richiesta al datore di lavoro e/o all'ente di previdenza cui si versano i contributi.

---

32 Corte Costituzionale sentenza n. 19/2009.

33 Art. 4, co. 2 L. 53/2000: "I dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati possono richiedere, per gravi e documentati motivi familiari, fra i quali le patologie (acute e croniche di natura anche neoplastica individuate con successivo decreto ministeriale - Dipartimento per la Solidarietà Sociale, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 21 luglio 2000, n. 278, art. 2) […] un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni. Durante tale periodo il dipendente conserva il posto di lavoro, non ha diritto alla retribuzione e non può svolgere alcuna attività lavorativa."

Giorni di assenza per terapia salvavita

Per quanto riguarda specificamente la tutela dei malati di cancro, attualmente alcuni CCNL nel settore del pubblico impiego[34], prevedono che, per patologie gravi che richiedano terapie salvavita come la chemioterapia, i giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento in *day hospital* e i giorni di assenza per sottoporsi alle cure siano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia normalmente previsti e siano retribuiti interamente. Ciò non solo prolunga indirettamente il periodo di comporto (periodo di conservazione del posto per il lavoratore malato), evitando in taluni casi il licenziamento, ma garantisce al lavoratore il mantenimento dello stipendio che, altrimenti, dopo un certo periodo di assenza per malattia, sarebbe ridotto o azzerato.
In altri CCNL, invece, il periodo di comporto viene aumentato fino al 50% in caso di ricovero ospedaliero o di accertata necessità di cura, in ambedue le circostanze nel caso di malattia oncologica.
Domanda: Per fruire dei giorni di assenza per terapie salvavita è necessario specificare il motivo dell'assenza che il datore di lavoro potrà chiedere di documentare con idonea certificazione medica.

Lavoro notturno

Il malato di cancro può evitare di prestare la propria attività lavorativa in orario notturno presentando al datore di lavoro la certificazione, rilasciata dal medico compe-

---

34 Cfr. ad esempio CCNL Enti locali (art. 21 co. 4 del CCNL 6.7.1995, sostituito dall'art. 10 co. 2 del CCNL 14.9.2000 e art. 7 bis del CCNL 6.7.1995, introdotto dall'art. 10 co. 1 del CCNL 14.9.2000), CCNL Scuola (art. 23 co. 8 bis introdotto dal CCNL 26.5.1999), CCNL Cassa Depositi e Prestiti (art. 29 co. 8 del CCNL 2.7.2002), CCNL Ministeri (art. 21 co. 7 bis del CCNL 16.5.1995, introdotto dall'art. 6 co. 1 del CCNL 16.2.1999).

tente o da una struttura sanitaria pubblica, che ne attesti l'inidoneità al lavoro notturno. Inoltre, nel caso in cui tale inidoneità, accertata dal medico competente o dalle strutture sanitarie pubbliche, sopraggiunga a causa del peggioramento delle condizioni di salute, il lavoratore già addetto al lavoro notturno può chiedere e ottenere dal datore di lavoro di essere assegnato al lavoro diurno, in altre mansioni equivalenti, se esistenti e disponibili (D. lgs. 66/2003). Il lavoratore che abbia a proprio carico una persona disabile in stato di handicap grave ha diritto a non svolgere un lavoro notturno (Art. 53 del D. lgs. 151/2001).

Rapporto di lavoro a tempo parziale

Il malato di cancro ha diritto di lavorare part-time durante le cure per poi tornare al tempo pieno quando si sentirà di farlo.

Su proposta di AIMaC, nella riforma del mercato del lavoro (la cosiddetta Legge Biagi) è stata introdotta una norma che tutela specificamente i lavoratori malati di cancro nell'ambito dei rapporti di lavoro privato[35], estesa successivamente anche ai lavoratori del settore pubblico[36] (modifica introdotta dalla Legge 247/2007).

L'art. 12 bis del D. lgs. n. 61/2000 riconosce al lavoratore malato di tumore che sia in grado di lavorare, ma che preferisca ridurre l'orario di lavoro senza rinunciare definitivamente all'impiego, il diritto di chiedere e ottenere dal datore di lavoro la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale fino a quando il miglioramento delle condizioni di salute non gli consentirà di riprendere il normale orario di lavoro.

---

35 Art. 12 bis del D.lgs. 61/2000 aggiunto dall'art. 46 lett.t del D.Lgs. 10 settembre 2003, n. 276 e poi così sostituito dal
36 comma 44 dell'art. 1, L. 24 dicembre 2007, n. 247.: "Art 12-bis (Ipotesi di trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale).

Pertanto, se siete lavoratori dipendenti a tempo pieno e avete una ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, ottenuto l'accertamento delle vostre condizioni di salute da parte dalla Commissione medica della ASL, potrete richiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con riduzione proporzionale dello stipendio, conservando il diritto al posto di lavoro e a ritornare a orario e stipendio pieni nel momento in cui vi sentirete in condizione di lavorare di nuovo per l'intera giornata.

I commi 2 e 3 del predetto art. 12 bis del D. lgs. n. 61/2000 attribuiscono, inoltre, ai familiari del malato di tumore un titolo preferenziale rispetto agli altri lavoratori nel mutamento dell'orario di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per consentire loro di prendersi cura del congiunto.

1. I lavoratori del settore pubblico e del settore privato affetti da patologie oncologiche, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente, hanno diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale verticale od orizzontale. Il rapporto di lavoro a tempo parziale deve essere trasformato nuovamente in rapporto di lavoro a tempo pieno a richiesta del lavoratore. Restano in ogni caso salve disposizioni più favorevoli per il prestatore di lavoro.

2. In caso di patologie oncologiche riguardanti il coniuge, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice, nonché nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità

ai sensi dell'articolo 3, comma 3. della legge 5 febbraio 1992, n. 104, alla quale è stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari al 100 per cento, con necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, ai sensi di quanto previsto dalla tabella di cui al decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992, è riconosciuta la priorità della trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

3. In caso di richiesta del lavoratore o della lavoratrice, con figlio convivente di età non superiore agli anni tredici o con figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, è riconosciuta la priorità alla trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale".

Parte quarta
Il sistema previdenziale

Prestazioni previdenziali

Il **sistema previdenziale** è finanziato dai contributi obbligatori prelevati dalle retribuzioni.
Se assicurati presso l'INPS, i malati di cancro, a seconda del tipo di infermità invalidante riconosciuta, hanno diritto alle seguenti prestazioni ai sensi della legge 222/84 o di altre norme:

- assegno ordinario di invalidità;
- pensione di inabilità;
- assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa ai pensionati per inabilità.

Nelle pagine successive si indicano i requisiti e l'iter procedurale previsti dall'INPS per i propri assicurati, che potrebbero essere parzialmente diversi da quelli applicati da altri enti assicurativi o casse di previdenza. Pertanto, qualora siate iscritti a gestioni previdenziali diverse dall'INPS, sarà opportuno che vi informiate presso l'ente o cassa di previdenza.

Sistema previdenziale: le prestazioni, per invalidità o a sostegno del reddito, e i servizi erogati esclusivamente in favore dei cittadini lavoratori (dipendenti, autonomi e parasubordinati), e pertanto iscritti all'Assicurazione generale obbligatoria, che si vengano atrovare in stato di bisogno a causa di malattia.

Assegno ordinario di invalidità

Il lavoratore dipendente, autonomo o parasubordinato, ha diritto all'assegno ordinario di invalidità, purché in possesso dei seguenti requisiti:

- sia affetto da infermità fisica o mentale tale da ridurre permanentemente la capacità lavorativa, in occupazioni confacenti alle sue attitudini[37], a meno di un terzo;
- sia iscritto all'INPS da almeno 5 anni;
- abbia un'anzianità contributiva di almeno 5 anni, anche non continuativi (260 contributi settimanali), di cui almeno 3 anni (156 settimane) versati nel quinquennio precedente la domanda di assegno ordinario di invalidità.

Il diritto all'assegno ordinario di invalidità è riconosciuto anche se l'invalidità è preesistente al rapporto assicurativo, purché successivamente le condizioni di salute siano peggiorate o siano insorte nuove infermità[38].
L'assegno ordinario d'invalidità:

- non è reversibile ai superstiti;
- al raggiungimento dell'età pensionabile e in presenza dei requisiti di assicurazione e contribuzione, l'assegno si trasforma in pensione di vecchiaia;
- è compatibile con l'attività di lavoro dipendente o autonomo.

Domanda: La domanda di assegno ordinario di invalidità va presentata presso una sede dell'INPS sull'apposito modulo, allegando i seguenti documenti:

- i certificati anagrafici e dichiarazioni sostitutive richiesti;
- certificato medico attestante l'infermità fisica o mentale che ha ridotto la capacità di lavoro.

---

37 La capacità di lavoro, valutata con riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini dell'assicurato, consiste nella idoneità a svolgere non solo il lavoro di fatto esplicato, ma tutti i lavori che l'assicurato per condizioni fisiche, preparazione culturale ed esperienze professionali sia in grado di svolgere (Cassazione 28.12.1996 n. 11541).

38 Art. 1, co. 2, L. 222/1984

Decorrenza: L'assegno ordinario d'invalidità spetta dal mese successivo alla data di presentazione della domanda. All'atto del primo pagamento l'ente pagatore verserà, in un'unica soluzione, tutte le mensilità arretrate e i relativi interessi, mentre gli assegni successivi saranno corrisposti mensilmente per 13 mensilità. L'assegno ha validità triennale e, su domanda del beneficiario, può essere confermato per tre volte consecutive, dopodiché diventa definitivo. Su vostra indicazione, tale pagamento potrà avvenire mediante:

- accredito sul vostro conto corrente bancario/postale;
- assegno circolare inviato a domicilio;
- in contanti presso sportelli bancari o uffici postali.

Ricorso: Se la domanda di assegno ordinario di invalidità è stata respinta, potrete presentare ricorso al Comitato Provinciale dell'INPS, entro 90 giorni dalla data di ricevimento della lettera di notifica del provvedimento.
Il Comitato Provinciale dell'INPS ha 90 giorni di tempo per pronunciarsi. Se emetterà parere sfavorevole, oppure se non si sarà ancora espresso trascorsi 90 giorni dalla presentazione del ricorso, potrete ricorrere alla sezione lavoro e previdenza del Tribunale del luogo di residenza, facendovi assistere da un legale di fiducia.
Il ricorso al Giudice dovrà essere fatto entro e non oltre il termine decadenziale di 3 anni[39] dalla comunicazione del diniego o dalla data di scadenza del termine (90 giorni)

---

[39] Art. 4 D. lgs. 19.9.1992 n. 384 convertito in legge con modificazioni dalla L. 14.11.1992 n. 438 "Per le controversie in materia di trattamenti pensionistici l'azione giudiziaria può esser proposta, a pena di decadenza, entro il termine di tre anni dalla data di comunicazione della decisione del ricorso pronunziata dai competenti organi dell'Istituto o dalla data di scadenza del termine stabilito per la pronunzia della predetta decisione, ovvero dalla data di scadenza dei termini prescritti per l'esaurimento del procedimento amministrativo, computati a decorrere dalla data di presentazione della richiesta di prestazione. (omissis)".

entro cui il Comitato Provinciale dell'INPS avrebbe dovuto emettere una decisione.

Pensione di inabilità

Il lavoratore dipendente, autonomo o parasubordinato ha diritto alla pensione di inabilità (L. 222/1984), purché sia in possesso dei seguenti requisiti:

- sia affetto da infermità fisica o mentale tale da provocare l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualunque attività lavorativa;
- sia iscritto all'INPS da almeno 5 anni;
- abbia un'anzianità contributiva di almeno 5 anni, anche non continuativi (260 contributi settimanali), di cui almeno 3 anni (156 settimane) versati nel quinquennio precedente la domanda di pensione.

La pensione di inabilità è reversibile ai superstiti. Essa è incompatibile con l'attività di lavoro dipendente o autonomo.

Domanda: La domanda di pensione di inabilità può essere presentata anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro e indipendentemente dai motivi che l'hanno determinata. Va presentata presso una sede dell'INPS sull'apposito modulo, allegando i seguenti documenti:

- i certificati anagrafici e dichiarazioni sostitutive richiesti;
- certificato medico attestante l'infermità fisica o mentale che ha ridotto la capacità di lavoro.

Decorrenza: La pensione di inabilità spetta:

- dal mese successivo a quello di presentazione della domanda;

- dal mese successivo a quello di cessazione dell'attività di lavoro dipendente;
- dalla data della cancellazione dagli elenchi o dagli albi dei lavoratori autonomi.

All'atto del primo pagamento l'ente pagatore vi verserà, in un'unica soluzione, tutte le mensilità arretrate e i relativi interessi, mentre gli assegni successivi saranno corrisposti mensilmente per 13 mensilità Ricorso: Le modalità per la presentazione del ricorso nel caso in cui la domanda di riconoscimento della pensione di inabilità sia stata respinta, sono le stesse applicate per la mancata concessione dell'assegno ordinario di invalidità (v. sopra).

Assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa ai pensionati per inabilità

L'assicurato INPS che ha ottenuto il riconoscimento della pensione per inabilità totale, ha diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa, purché sia in possesso dei seguenti requisiti[40]:

- non sia in grado di camminare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- abbia bisogno di assistenza continua per compiere le normali attività quotidiane (alimentazione, igiene personale, vestizione).

L'assegno di assistenza non è compatibile con il ricovero in istituti di cura o assistenza a carico della pubblica amministrazione, né con l'assegno mensile erogato dall'INAIL a titolo di assistenza personale continuativa.

---

40 Art. 5, L. 222/1984.

L'assegno di assistenza cessa di essere corrisposto alla morte del titolare della pensione di inabilità.

Domanda: La domanda può essere presentata anche insieme alla domanda di pensione di inabilità.

Decorrenza: L'assegno di assistenza è erogato dal primo giorno del mese successivo alla data di presentazione della domanda o dal primo giorno del mese successivo alla data di perfezionamento dei requisiti.
Importo: Dal 1 luglio 2009 l'assegno di assistenza è pari a 472,45 euro mensili.

Ricorso: Le modalità per la presentazione del ricorso nel caso in cui la domanda di riconoscimento dell'assegno di assistenza sia stata respinta sono le stesse applicate per la mancata concessione dell'assegno ordinario di invalidità (v. sopra).

Pensionamento anticipato

I lavoratori visitati e dichiarati invalidi civili, di guerra, per lavoro e per servizio con invalidità superiore al 74% hanno diritto, per il calcolo degli anni di servizio ai fini pensionistici, al beneficio di 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di servizio effettivamente prestato come invalido, e ciò indipendentemente dalla causa dello stato di invalidità[41]. Sono esclusi dal beneficio in esame i lavoratori titolari di pensione o di assegno di invalidità per i quali l'INPS ha espresso soltanto un giudizio di invalidità non accertato in percentuale.
Il beneficio è attribuito a seguito di specifica richiesta dell'interessato, corredata da idonea documentazione.

---

41 L. 388/2000, art. 80 co. 3.

Il beneficio è riconosciuto dall'anno 2002 fino al limite massimo di 5 anni di contribuzione figurativa utile ai fini della maturazione degli anni di servizio per il diritto alla pensione, dell'anzianità contributiva e dell'ammontare del trattamento pensionistico come chiarito sia dall'INPS[42] che dall'INPDAP[43].
Detti enti previdenziali hanno precisato che il diritto alla contribuzione figurativa matura a partire dal giorno in cui al lavoratore è riconosciuta un'invalidità superiore al 74% e non per gli altri periodi di lavoro. Ad esempio se il lavoratore è stato assunto nel 1980, ma lo stato di invalidità è sopravvenuto nel 1993, la contribuzione figurativa ai fini pensionistici decorrerà dal 1993 e non dal 1980.

---

42 Circolare n. 29/2002.

43 Circolare n. 75/2001.

Contrassegno di libera circolazione e di sosta

Il Comune di residenza riconosce al malato di cancro in terapia il diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione e sosta , che consente:

- il libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali;
- la sosta nei parcheggi riservati ai disabili (delimitati con le strisce gialle) o, in mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento.

Il contrassegno di libera circolazione e sosta è nominativo e può essere utilizzato solo quando l'auto è al servizio del malato intestatario del permesso; l'utilizzo improprio comporta il pagamento di una sanzione e anche l'immediato ritiro del contrassegno.

Domanda: La domanda per il rilascio del contrassegno deve essere presentata al Comune di residenza (normalmente presso l'ufficio della Polizia Municipale), compilando l'apposito modulo e allegando un certificato medico-legale che attesti la grave difficoltà motoria (la relativa visita può essere prenotata presso l'ufficio di medicina legale della ASL).

Validità: La validità del contrassegno dipende dalle vostre condizioni di salute, che saranno accertate dalla visita medico-legale. Se all'atto della visita viene accertata una temporanea grave difficoltà di deambulazione, la validità del permesso è stabilita dalla Commissione Medica medica tenendo conto dei tempi di recupero della funzionalità motoria; negli altri casi (malattia stabile o senza possibilità di miglioramento) il contrassegno è valido cinque anni. In entrambi i casi il permesso di libera circolazione e sosta è rinnovabile.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

CIRCOLARE N. 40 / 05 del 22.12.05
Prot. 15/V/0021222/14.01.04.02

Oggetto: **Patologie oncologiche – Periodo di comporto – Invalidità e situazione di handicap grave – Decreto legislativo n. 276/03, attuativo della legge Biagi e diritto al lavoro a tempo parziale**

A garanzia di una più efficace ed effettiva tutela dei lavoratori afflitti da patologie oncologiche l'ordinamento giuridico ha recentemente introdotto ulteriori importanti istituti che, tuttavia, risultano ancora poco conosciuti ed utilizzati anche per la mancanza di un quadro di riferimento unitario.
Tali strumenti risultano finalizzati, da un lato, all'adeguamento del periodo di comporto, ossia di un periodo predeterminato durante il quale è giustificata la sospensione dell'obbligo di prestazione lavorativo in capo al lavoratore e nel corso del quale il datore di lavoro non può licenziare il lavoratore malato, con le necessità connesse allo stato di malattia, e, dall'altro lato, all'incentivazione della flessibilità della prestazione lavorativa a favore del prestatore di lavoro mediante il diritto a svolgere prestazioni di lavoro a tempo parziale per conciliare esigenze di cura e mantenimento del posto di lavoro.

a) Periodo di comporto e ruolo della contrattazione collettiva

Si ricorda, a questo proposito, quanto dispone l'articolo 2110 del Codice Civile in materia di sospensione del rapporto di lavoro. In caso di malattia il datore di lavoro ha diritto di recedere dal contratto a norma dell'articolo 2118 del Codice Civile solo una volta che sia decorso il periodo stabilito dalla legge, dalle norme corporative, dagli usi o secondo equità, così de-

mandando alla contrattazione collettiva l'individuazione del cosiddetto periodo di comporto.
Alle determinazioni della autonomia collettiva è altresì demandata la possibilità di estensione del suddetto periodo nelle particolari ipotesi di malattie lunghe, caratterizzate dalla necessità di cure post-operatorie, terapie salvavita e di una conseguente gestione flessibile dei tempi di lavoro. Tali ipotesi particolari di estensione del periodo di comporto si rivelano particolarmente significative con riferimento a lavoratori affetti da malattie oncologiche, che spesso necessitano di un periodo di comporto più ampio rispetto a quello previsto in via ordinaria.
Tuttavia, allo stato, esse si trovano disciplinate in pochi contratti collettivi ed esclusivamente con riferimento alla regolazione dei rapporti di lavoro attivati in comparti del pubblico impiego.
Una loro più estesa diffusione è demandata dunque alla contrattazione collettiva soprattutto con riferimento al rapporto di lavoro privato.
Si ricorda inoltre che per i contratti collettivi è prevista altresì la facoltà di prevedere, in capo al lavoratore, il diritto a richiedere al datore di lavoro il godimento di un ulteriore periodo di aspettativa non retribuita. Tale periodo, utilizzabile anche in caso di malattia di durata superiore al periodo di comporto e computato successivamente a quest'ultimo, è previsto al fine di garantire una maggiore tutela del lavoratore limitando il rischio di un licenziamento per superamento del periodo di comporto ai sensi dell'articolo 2110 del Codice Civile.
Durante il periodo di aspettativa non retribuita, il lavoratore non avrà diritto alla retribuzione ma il rapporto di lavoro si considererà sospeso e potrà dunque essere riattivato normalmente al termine del periodo.

b) Invalidità e stato di handicap grave.

Unitamente alla regolamentazione della contrattazione

collettiva relativa al periodo di comporto e all'eventuale periodo di aspettativa non retribuita, il legislatore prevede una ulteriore possibilità di astensione dalla attività lavorativa per il lavoratore affetto da tumore, nella particolare ipotesi in cui allo stesso sia riconosciuta una situazione di invalidità.

In particolare, sono riconosciuti al malato di tumore due distinte tipologie di benefici: talune previste in caso di riconoscimento in capo allo stesso di una invalidità civile, prevista e regolamentata della legge n. 118 del 30 marzo 1971 e successive modificazioni; altre ipotizzate invece nel caso in cui al lavoratore sia altresì riconosciuto lo stato di «handicap in situazione di gravità», regolamentato ai sensi della legge n. 104 del 1992.

Per quanto attiene al primo profilo, e secondo quanto disposto dall'articolo 2 della legge n. 118 del 1971, si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a compiere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Al riguardo, va evidenziato che nel caso in cui al lavoratore sia riconosciuta l'invalidità civile, l'articolo 10 del decreto legislativo n. 509 del 1988 dispone che possano usufruire di un congedo straordinario per cure, non superiore a trenta giorni – previsto ai sensi dell'articolo 26 della legge n. 118 del 1971 – nel caso in cui sia riconosciuta agli stessi un'invalidità pari al cinquanta per cento.

Distinta è l'ipotesi di riconoscimento al lavoratore della situazione di handicap, regolata dalla legge n. 104 del 1992.

Lo stato di handicap, riconosciuto dalle unità sanitarie locali mediante commissioni mediche, deve essere richiesto dal lavoratore e gli garantisce la possibilità di godere, in caso di riconoscimento di handicap grave, alternativamente: di due ore al giorno di permesso retribuito o tre giornate mensili di

permesso retribuito. Il medesimo diritto è inoltre concesso anche ad un familiare del malato, al quale è assicurata la possibilità di assisterlo nelle cure.
Inoltre, ai sensi dell'articolo 33, comma 6 della legge n. 142 del 1992, il lavoratore ha diritto a richiedere il trasferimento, ove possibile, presso la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

c) Lavoro a tempo parziale

In considerazione del periodo di tempo variabile necessario alla cura delle patologie oncologiche, e al fine di facilitare l'organizzazione del rapporto di lavoro in modo flessibile ed efficace per il contemperamento delle esigenze del lavoratore o della lavoratrice e del datore di lavoro, l'articolo 46 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, ha poi recentemente previsto una particolare regolamentazione nella disciplina del lavoro a tempo parziale.
Detta disciplina persegue una maggiore e più efficace valorizzazione del contratto di lavoro a tempo parziale quale strumento efficace per adeguare le esigenze di competitività delle imprese con le istanze di tutela del lavoratore, secondo gli obbiettivi già esposti con Circolare del n. 9 del 18 marzo 2004.
L'articolo 46, comma 1, lett. t), del decreto legislativo n. 276 del 2003, aggiungendo l'articolo 12 bis alla legge n. 61 del 2000, prevede in capo ai lavoratori affetti da patologie oncologiche, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti delle terapie salvavita, il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale verticale o orizzontale.
Il diritto del lavoratore o della lavoratrice a richiedere la trasformazione del contratto è un diritto soggettivo che mira a tutelarne, unitamente alla salute, la professionalità e la partecipazione al lavoro come importante strumento di integrazione sociale e di permanenza nella vita attiva.

Per tali ragioni, nonché in considerazione del rango primario dell'interesse alla tutela della salute cui è principalmente finalizzata la norma, il legislatore lo configura come una potestà che non può essere negata sulla base di contrastanti esigenze aziendali. A tali esigenze, e all'accordo tra le parti, è invece rimessa la quantificazione dell'orario ridotto nonché la scelta tra modalità orizzontali oppure verticali di organizzazione dello stesso. In considerazione della ratio dell'istituto, nonché del carattere soggettivo del diritto, l'organizzazione del tempo di lavoro dovrà in ogni caso essere pianificata tenendo prioritariamente in considerazione le esigenze individuali specifiche del lavoratore o della lavoratrice.
Il rapporto di lavoro a tempo parziale dovrà poi essere trasformato nuovamente in rapporto di lavoro a tempo pieno a richiesta del lavoratore, quando lo stato di salute lo renderà possibile.
Restano in ogni caso salve disposizioni più favorevoli per il prestatore di lavoro.

Roberto Maroni
Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

NOTE

NOTE

NOTE

NOTE

NOTE

NOTE

Finito di stampare nel mese di Febbraio 2012
dal Centro Stampa Rubino di Marsala

MARSALA SMILE ONLUS

Il tuo aiuto per regalare un sorriso
Prevenzione ed assistenza oncologica

Versa il tuo contributo, destinando il

5xmille

della tua dichiarazione dei redditi

Codice Fiscale 91027130813
Codice IBAN
It84007601164000000002163768
Ufficio Postale Marsala 3

DISTRIBUZIONE GRATUITA