

Collana Oncologica

INSIEME
per la vita

PRIMA EDIZIONE

2015

I DIRITTI DEL MALATO ONCOLOGICO

VADEMECUM

Un percorso di assistenza al malato di tumore



GIOVANNI B. D'ERRICO
GIAMPIERO GIUZIO

I DIRITTI DEL MALATO ONCOLOGICO



I DIRITTI DEL MALATO ONCOLOGICO

Percorso di sostegno al malato: dalla diagnosi al
godimento dei diritti assistenziali, previdenziali
ed in ambito lavorativo

A cura di

Giovanni B. D'Errico
Giampiero Giuzio

Elaborazione del testo
Editing
Progetto grafico

Giovanni B. D'Errico
Giampiero Giuzio

Realizzazione editoriale
L'Albero della Vita Onlus
Via V. Acqaviva 20, Foggia

info@lalberodellavitaonlus.org
www.lalberodellavitaonlus.org

Progetto grafico
Impaginazione e grafica
L'Albero della Vita

Copertina
Silvia Brighenti

Stampa Web service
Via ASI Incoronata
Km 684+300 Foggia

Collana
INSIEME per la vita

Prima Edizione 2015

L'Albero della Vita Onlus- Foggia. Printed in Italy
Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, L'Associazione L'Albero della Vita 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.

Sommario

9 **INTRODUZIONE**

9 *Quali sono i tumori più frequenti?*

11 **PREFAZIONE**

CAPITOLO 1

13 **LA SALUTE**

13 1.1 IL DIRITTO DI CONOSCERE LO STATO DI SALUTE

14 1.2 LE ESENZIONI

15 1.3 I PRESIDI E GLI AUSILI GRATUITI

15 **"Chi effettua la richiesta e in che modo?"**

16 1.4 ESONERO CINTURE DI SICUREZZA

17 1.5 PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO

CAPITOLO 2

20 **IL SISTEMA ASSISTENZIALE**

20 Prestazioni assistenziali

20 Procedura telematica per l'invio del certificato

25 Pensione di inabilità e assegno di invalidità civile

26 Indennità di accompagnamento

28 Indennità di frequenza

CAPITOLO 3

29 **IL LAVORO**

29	Collocamento obbligatorio per persone disabili
30	Scelta della sede di lavoro e trasferimento
31	Mansioni lavorative
31	Lavoro notturno
32	Rapporto di lavoro a tempo parziale
32	Telelavoro o lavoro a distanza
33	Assenze durante la malattia
34	Indennità di malattia
35	Fasce di reperibilità
36	Periodo di comportamento
36	Aspettativa non retribuita
37	Assenza per terapie salvavita
37	Permessi e congedi lavorativi
40	Pensionamento anticipato

CAPITOLO 4

42 IL SISTEMA PREVIDENZIALE

43	Prestazioni previdenziali
43	Assegno ordinario di invalidità
44	Pensione di inabilità
45	Assegno mensile per l'assistenza ai pensionati per inabilità

CAPITOLO 5

47 ULTERIORI BENEFICI

47	Contrassegno di libera circolazione e di sosta
----	--

APPENDICE

48	Legge marzo 2010 n. 38
49	Indirizzi utili

51	Strutture Sanitarie Provincia di Foggia
53	Legenda
56	Disabilità oncologica- procedimento rapido
57	Faq - domande e risposte

INTRODUZIONE

La patologia oncologica è tristemente nota per i suoi primati in termini di morbilità e mortalità.

Secondo le stime AIRTUM, nel 2013, in Italia, vengono diagnosticati circa 366.000 nuovi casi di tumore maligno, circa 1.000 al giorno, di cui circa 200.000 (55%) negli uomini e circa 166.000 (45%) nelle donne. La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori è in media di circa 7 nuovi casi ogni 1.000 uomini ogni anno (692 casi ogni 100.000 abitanti/anno), più di 5 casi ogni 1.000 donne (543 casi ogni 100.000 abitanti /anno), quindi nel complesso *circa 6 casi ogni 1.000 persone*. La *mortalità* per tumore rimane significativa: 173.000 (98.000 fra gli uomini e 75.000 fra le donne) nel 2013, circa 3,5 decessi ogni 1.000 uomini e circa 2,6 decessi ogni 1.000 donne. In totale, quindi, **circa 3 decessi ogni 1.000 persone**. Riguardo alla *sopravvivenza*, in Italia per tutte le sedi neoplastiche, esclusa la cute, la sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 52% negli uomini e al 61% nelle donne (dato calcolato sul pool di 31 registri tumori).

Quali sono i tumori più frequenti?

Le stime di incidenza 2013 confermano il dato emerso negli anni precedenti: i tumori più frequenti, escludendo i tumori della cute, risultano essere quello del *colon-retto* (circa 61 mila nuovi casi stimati), della *mammella* (circa 57 mila nuovi casi) e della *prostata* (44 mila nuovi casi), seguiti dal tumore del *polmone* (38 mila nuovi casi). I tumori più frequenti in termini di mortalità, secondo le stime del 2013, sono: tumore del *polmone con circa 31 mila decessi*, seguito dal tumore del *colon-retto, con quasi 21 mila decessi*, e dal tumore della *mammella, con più di 10 mila decessi* registrati nel 2013.

Statistiche in Puglia e provincia di Foggia

Le necessità di cura e assistenza del malato di cancro non si esauriscono con i trattamenti terapeutici di vitale importanza. La condizione di fragilità determinata dalla malattia comporta particolari esigenze di tipo sociale ed economico ed è per questo che l'ordinamento prevede tutele giuridiche e benefici economici che consentono al malato e alla sua

famiglia di continuare a vivere dignitosamente, nonostante la malattia e le terapie. Affinché le leggi non rimangano inattuato, è necessario che siano innanzitutto i malati a sapere quali sono i diritti loro riconosciuti e garantiti a livello nazionale e locale, sia come particolare categoria di malati sia, genericamente, come persone riconosciute invalide e portatrici di handicap.

I diritti e le tutele menzionati successivamente sono sanciti da norme di rango legislativo pienamente vigenti e che le strutture sanitarie pubbliche hanno l'obbligo di fornire un'adeguata assistenza nel rispetto dei diritti dei malati, anche tramite gli organismi di volontariato, come stabilito dal D. lgs. 502/92¹.

¹ D. lgs. 502/1992, titolo IV "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini: art. 14 Diritti dei cittadini: [...] co. 5) Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza.

PREFAZIONE

La gestione del paziente oncologico talora grava sensibilmente sul medico di medicina generale il quale è tentato di abbandonarlo nel momento in cui maggiormente necessita di cure ed assistenza, non tanto di tipo eminentemente farmacologico, quanto di tipo psicologico ed informativo. Difatti il malato oncologico entra in un ruolo che apparentemente compromette la sua figura nella famiglia e nella società. Le fasce di età più colpite sono quelle lavorative e lo status di "malato cronico a prognosi infausta" colpisce subdolamente nell'affetto della persona in quanto essa si rende consapevole di poter avere difficoltà nel mantenimento della famiglia, del ruolo nella società, dell'occupazione stessa. Compito del medico, in quanto primo riferimento nello switch psicologico dalla condizione di persona sana a quello di persona malata, è proprio quello di ammortizzare il contenuto affettivo della comunicazione della diagnosi in prima istanza e, successivamente, dell'elaborazione della stessa. Non tutte le neoplasie incidono gravemente sulla autonomia dell'individuo; spesso ciò che lo allontana dal lavoro sono i ricoveri, le terapie ed i loro effetti collaterali. Con questa consapevolezza, per venire incontro alle esigenze del malato esistono numerose leggi a suo favore.

La pubblicazione ha il compito di rendere fruibili sia i diritti che il medico deve illustrare al paziente, sia i modi in cui avvalersene; liberamente tratto dalle già numerose pubblicazioni presenti questo lavoro vuole avvalersi dello stile domanda /risposta per essere il più possibile vicino alla realtà psicologica dell'individuo.

La domanda, manifesta o sottaciuta, che emerge nella mente del paziente nel momento della comunicazione della diagnosi, il momento del passaggio nel nuovo status di malato: "*ed ora?*"

Gran parte delle risposte relative alla sfera personale sarà lo stesso individuo a cercarle e darsene, ma per quanto attiene all'ambito sanitario e sociale il MMG preparato potrà essere un referente significativo. Potrà dunque lenire parte dell'ansia derivante dalla impreparazione a tale circostanza offrendo la sua competente conoscenza delle possibilità, delle agevolazioni previste dalla legge in campo assistenziale, previdenziale e lavorativo, nonché, non meno importante discuterà con il paziente la natura del suo male, delle strade possibili da percorrere, eventualmente segnalando centri d'eccellenza presenti sul territorio nazionale ed

internazionale. In tale ambito le associazioni onlus svolgono un ruolo importante.

Pertanto la risposta alla domanda "*ed ora?*" sarà porsi l'obiettivo della definizione dello stato attuale della malattia, di ciò che comporta per il paziente ed i familiari e, concretamente, il mettere in atto le procedure per avvalersi delle agevolazioni previste dalla legge.

CAPITOLO 1

LA SALUTE

1.1 IL DIRITTO DI CONOSCERE LO STATO DI SALUTE

Dottore, cosa ho? A che punto è il tumore? Cosa si può fare? Quali sono gli effetti collaterali delle terapie? Ci sono terapie complementari? Se avrò bisogno a chi mi dovrò rivolgere?

Sono queste le prime domande che potrebbe porre il paziente; è un suo diritto avere risposte a tali quesiti.

Il paziente ha diritto di conoscere pienamente il proprio stato di salute, purché lo voglia. Ha il diritto di ottenere dal medico le informazioni a seconda del suo livello socio-culturale e delle sue capacità cognitive. Ciò comporta che gli dovrebbero essere fornite, a seconda di necessità e richieste:

- informazioni mediche che spieghino il *tipo di malattia diagnosticata*, gli *accertamenti ed esami* richiesti; le *opzioni terapeutiche* con relativi pro e contro; gli *effetti collaterali* della malattia e dei trattamenti in vari campi (lavoro, sfera sessuale, procreazione, ecc.) e indicazioni sul modo in cui affrontarli;
 - indicazioni per ottenere un *sostegno socio-assistenziale*;
 - indicazioni sulla disponibilità del *sostegno psicologico* e sull'opportunità di scegliere *terapie non convenzionali*.
- L'uso di termini comprensibili renderà quanto più chiara e semplice la comunicazione della diagnosi (anche provvisoria), delle opzioni di cura e della prognosi. Il malato può chiedere, se lo desidera, che le informazioni sul suo stato di salute siano condivise con altre persone. Inoltre, al malato devono essere indicati il *nome dello specialista* (o degli specialisti) e dei collaboratori che lo prendono in carico, nel caso non sia la stessa persona di cui sopra; gli *orari di reperibilità* del medico di famiglia, dello specialista, dello psicologo e del personale di sostegno; i nomi delle persone cui rivolgersi di notte o nei giorni festivi in caso di necessità.

Se durante il *ricovero* si ritiene opportuno un consulto medico esterno alla struttura, il malato ha il diritto di ottenere una *relazione medica dettagliata* sulla sua situazione clinica, diagnostica e terapeutica. Analogamente, all'atto delle dimissioni i medici devono fornire, su richiesta, una relazione scritta per il medico di fiducia, in cui riporteranno ogni utile indicazione sullo stato di salute del paziente e, in particolare, sul decorso clinico, sui principali accertamenti effettuati e sui loro risultati, sulla diagnosi e sulla prognosi, sulle terapie praticate e su quelle consigliate.

La *cartella clinica* può essere visionata dal malato e anche dal suo medico di famiglia durante il ricovero². Se il malato o la persona da lui delegata ne richiedono la *copia integrale*, questa deve essere consegnata entro 30 giorni dalla richiesta ovvero immediatamente in caso d'urgenza documentata.

Se il malato non può ritirarla personalmente, è sufficiente una delega scritta a persona di fiducia cui deve essere consegnata in busta chiusa³.

1.2 LE ESENZIONI

"Dottore, quanto mi costeranno visite, farmaci, esami? Ci sono agevolazioni per me?"

Il malato di cancro ha diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per *farmaci, visite ed esami* appropriati per la cura del tumore da cui è affetto e delle eventuali complicanze, per la *riabilitazione* e per la *prevenzione* degli ulteriori aggravamenti⁴. Il riconoscimento di un'invalidità civile del 100% dà diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci e visite per qualsiasi patologia.

"Come posso ottenere l'esenzione?"

La domanda di esenzione dal pagamento del ticket deve essere presentata alla ASL territorialmente competente, allegando i seguenti documenti:

- *tessera sanitaria;*
- *codice fiscale;*

² L. 241/1990.

³ L. 241/1990; D. Lgs. 196/2003.

⁴ D. M. Sanità 329/1999.

- *documentazione medica*, specialistica o ospedaliera attestante la malattia o il *verbale ASL/INPS* da cui risulti il riconoscimento di un'invalidità civile DEL 100%.

La *tessera di esenzione* è rilasciata dalla ASL dopo valutazione della domanda, ed è personale. Può recare il codice 048 (patologie neoplastiche) o C01 (invalidità civile totale).

"A quali benefici ho diritto?"

La tessera di esenzione con codice 048 dà diritto a ricevere gratuitamente le prestazioni mediche e sanitarie (presso strutture pubbliche o convenzionate) e i farmaci correlati alla cura della patologia tumorale diagnosticata, cioè “ le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti”. Questo indica che non tutte le prestazioni sono esenti, ma solo quelle inerenti la nota.

Se reca il codice C01(invalidità al 100%) dà diritto a ricevere gratuitamente le prestazioni mediche e sanitarie (presso strutture pubbliche o convenzionate) e i farmaci per qualsiasi patologia.

1.3 I PRESIDI E GLI AUSILI GRATUITI

"Le agevolazioni economiche sono limitate ai farmaci ed alle visite o comprendono anche altro materiale sanitario?"

Il Servizio Sanitario Nazionale fornisce gratuitamente *ausili, ortesi e protesi* alle persone con invalidità superiore al 33%, alle donne mastectomizzate, agli amputati d'arto, agli stomizzati, ai laringectomizzati, anche se in attesa del riconoscimento di invalidità⁵. Per ottenere un dispositivo incluso nel *Nomenclatore* gli aventi diritto devono rivolgersi alla ASL territorialmente competente.

"Chi effettua la richiesta e in che modo?"

È possibile ottenere gratuitamente ausili protesici e/o ortopedici, se il medico specialista prescrive un ausilio che rientra nel Nomenclatore tariffario.

⁵ D.M. Sanità 332/1999.

In caso contrario, tali ausili vanno acquistati e sono sottoposti, a seconda dei casi, all'Iva al 20% o al 4%. Se si ha una invalidità pari al 100%, è prevista l'agevolazione Iva al 4%.

Per ottenere l'agevolazione Iva al 4%, il medico specialista della ASL deve far riferimento, nell'autorizzazione, alla menomazione permanente dell'acquirente. Detta documentazione va presentata al venditore al momento dell'acquisto.

Alle donne operate al seno, il Servizio Sanitario Nazionale, secondo la legge finanziaria per l'anno 1998, fornisce gratuitamente, a semplice richiesta corredata da idonea documentazione, *la protesi mammaria esterna*. La richiesta di prescrizione gratuita della protesi mammaria esterna deve essere effettuata del medico specialista (chirurgo, oncologo, medico del distretto) dipendente o convenzionato alla ASL, o comunque da un presidio sanitario pubblico, sull'apposito modulo rilasciato dalla ASL di appartenenza.

La prescrizione deve indicare chiaramente:

- i dati anagrafici;
- la diagnosi;
- la tipologia di protesi mammaria idonea in base al tipo di intervento subito (asportazione parziale o totale, destra o sinistra, della/e ghiandola/e mammaria/e);
- il codice ISO del Nomenclatore.

In seguito alla modifica apportata dal D.L. 321 G.U. n. 183/2001, non è più necessaria la preventiva richiesta di invalidità civile. Espletato l'iter burocratico, la ASL vi autorizzerà a ritirare gratuitamente la protesi presso le rivendite sanitarie.

Secondo quanto stabilisce il D.M. 332/1999, la protesi può essere rinnovata ogni 3 anni. In caso di smarrimento, rottura accidentale o particolare usura, la ASL potrà autorizzare, per una sola volta, la fornitura di una nuova protesi, prima che siano decorsi i tempi minimi di rinnovo.

1.4 ESONERO DALL'OBBLIGO DELL'USO DELLE CINTURE DI SICUREZZA IN AUTOMOBILE

"L'uso della cintura di sicurezza in macchina in corrispondenza della cicatrice chirurgica mi da fastidio. Cosa posso fare?"

Per chi ha difficoltà all'uso delle cinture di sicurezza in automobile (per problemi medici o esiti chirurgici) è possibile ottenere l'esonero dall'obbligo dell'uso delle cinture di sicurezza, portando al Distretto

Sanitario di appartenenza una carta che certifichi l'avvenuto intervento chirurgico e/o che attesti eventuali ulteriori problematiche.

1.5 PRESTAZIONI SANITARIE PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO

"Purtroppo, per il mio problema pare che non si possa fare più niente qui. Come posso fare? C'è qualche centro più specializzato? Magari all'estero? Ci sono delle agevolazioni o dovrò affrontare da solo la spesa?"

Il SSN assicura l'assistenza sanitaria all'estero solo presso centri di altissima specializzazione per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che in Italia non sono ottenibili in modo adeguato o tempestivo⁶.

"Come usufruire di questa possibilità?"

La procedura cambia a seconda delle modalità di assistenza e 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:

- assistenza diretta: le prestazioni sanitarie sono pagate direttamente dalla ASL e rimane a carico del paziente solo l'eventuale ticket sanitario⁷ previsto dalle leggi locali;
- assistenza indiretta: le prestazioni sanitarie sono a carico del paziente, ma sono rimborsate parzialmente dalla ASL.

In entrambi i casi è necessario richiedere preventivamente l'autorizzazione alla ASL di appartenenza.

Domanda: deve essere presentata alla ASL allegando:

- il certificato del medico specialista (pubblico o privato), che attesti l'impossibilità di ricevere trattamenti adeguati e tempestivi presso le strutture sanitarie italiane, indicando anche la struttura estera prescelta;
- tutti i documenti eventualmente richiesti dalle disposizioni regionali.

⁶ D.M. Sanità 3 novembre 1989

⁷ 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, che entro 7 giorni è tenuto a rispondere alla ASL oppure, se necessario, a richiedere ulteriore documentazione, rinviando la risposta per altri 7 giorni. In caso di mancata risposta nei tempi previsti, la valutazione s'intende positiva.

La ASL rilascia quindi:

- 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 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;
- 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 caso il trattamento è di assistenza indiretta da parte della ASL.

Eccezione: in casi di comprovata eccezionale gravità e urgenza, l'autorizzazione della ASL può essere rilasciata anche dopo l'erogazione delle prestazioni sanitarie all'estero.

Rimborsi: nel caso di assistenza indiretta, per ottenere dalla ASL il rimborso secondo le modalità riportate nella tabella di pag. 9 è necessario presentare 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.

I non abbienti hanno diritto a 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, è possibile presentare ricorso entro 15 giorni, in sede amministrativa al Direttore Generale della ASL o in sede giudiziaria al TAR.

Assistenza Indiretta: modalità e rimborso

Spese sanitarie (onorari professionali, degenza, diagnostica, farmaci, protesi)	Sostenute presso centri privati rimborsabili fino all'80% delle tariffe applicate nelle strutture pubbliche o private non a scopo di lucro
Spese di trasporto o viaggio	Paziente: rimborsabilità all'80% (biglietto ferroviario di II classe/aereo), purchè preventivamente autorizzate. Accompagnatore: rimborsabili solo se viaggia con minore di 18 anni o persona non autosufficiente, o se preventivamente autorizzate.
Spese per prestazioni libero professionali	Rimborsabilità al 40%
Spese di soggiorno	Rimborsabilità solo se la struttura non prevede al ricovero per l'intera durata dei trattamenti autorizzati e se sostenute da persone con handicap e loro accompagnatori
Spese sanitarie residue a carico del paziente (20%)	Rimborsabili parzialmente o integralmente se sono molto elevate in relazione al reddito

CAPITOLO 2

IL SISTEMA ASSISTENZIALE

Prestazioni assistenziali

"Esistono delle agevolazioni economiche derivanti dal mio stato anche se non lavoro?"

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

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

Procedura telematica per l'invio del certificato

"Chi si occupa della richiesta dei benefici, e come?"

La domanda per l'ottenimento di qualunque beneficio assistenziale deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica⁸. Per farlo è necessario munirsi di un codice PIN che si richiede:

- attraverso il sito INPS seguendo le istruzioni per la registrazione;
 - attraverso il numero verde INPS 803164;
- oppure essere in possesso di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

La procedura telematica prevede *due fasi* iniziali distinte, ma connesse e consequenziali:

⁸ L. 102/2009 di conversione con modifiche del D.L. 78/2009 (c.d. decreto anticrisi) art. 20 (entrata in vigore il 1° gennaio 2010 ed approvata anche a seguito delle sollecitazioni da parte della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (F.A.V.O.) e di AIMaC sulle disparità territoriali di accesso ai servizi assistenziali per i malati oncologici).
Circolare INPS n.131 del 28.12.2009

1.compilazione del certificato medico digitale: è rilasciato da un medico certificatore accreditato, in possesso di apposito PIN (medico di famiglia o altro medico), il quale compila online sul sito INPS la certificazione medica richiesta (inclusa una breve descrizione della diagnosi e dello stato obiettivo di salute), attestando le infermità del malato e richiedendone una o più infermità (invalidità, handicap, disabilità ecc.) attestando anche, qualora ne ricorrano le condizioni, che il malato:

- non è in grado di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua;
- è affetto da malattia neoplastica in atto⁹;
- è affetto da patologia grave¹⁰; e che sussistono controindicazioni mediche che ne rendono rischioso o pericoloso lo spostamento dal domicilio.

Il medico invia la certificazione per via telematica e rilascia la stampa originale firmata da esibire all'atto della visita, unitamente alla ricevuta di trasmissione con il numero del certificato, un codice fondamentale che consente al sistema di abbinare il certificato medico alla domanda. Al momento del rilascio del certificato medico l'utente ha *30 giorni* di tempo per richiedere la visita: trascorsi i 30 giorni il certificato *scade* e occorre presentare di nuovo la richiesta al medico curante. Sul sito internet dell'Inps si trova l'elenco dei medici certificatori accreditati in possesso del Pin;

2. presentazione della domanda all'INPS per l'accertamento dello stato di invalidità e di handicap: la presentazione della domanda di invalidità anche in questo caso avviene per via telematica. Ottenuto dal proprio medico curante la copia del certificato medico inviato on line il cittadino ha due possibilità: a) può presentare la domanda in autonomia: in tal caso deve ottenere il PIN per accedere al sito INPS e poter compilare la domanda vera e propria. Dopo aver inserito tutti i dati richiesti, incluso il numero del certificato telematico riportato sulla ricevuta rilasciata dal medico curante, s'invia telematicamente la domanda. Il sistema rilascia automaticamente una ricevuta che può essere

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.

¹⁰ D.M. 2/8/2007 "Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante".

stampata. Nella domanda è possibile indicare i giorni di indisponibilità a presentarsi alla visita.

b) oppure può recarsi presso associazioni di categoria, patronati sindacali, CAAF per farsi affiancare nella presentazione della domanda on line. E' la modalità più semplice seguita dal cittadino.

*Se oltre a richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile¹¹, si desidera usufruire anche dei benefici previsti dalla legge sull'handicap¹², anche se la procedura dovrebbe essere unificata per legge¹³ è bene specificare nella domanda che si richiede la visita medico-legale per l'accertamento dell'esistenza dei requisiti previsti dalle due leggi, evitando così di essere sottoposti a due visite medico-legali. In tal caso il medico curante che redige il certificato deve barrare **più voci** contemporaneamente. Nella domanda è possibile richiedere anche il contestuale accertamento dello stato di disabilità ai fini del collocamento obbligatorio¹⁴.*

Tempi e iter: completata la procedura di invio on line, il sistema genera la ricevuta attestante l'avvenuta ricezione da parte dell'INPS della domanda e del relativo certificato medico. Sulla ricevuta sono riportati anche luogo, data e orario della convocazione davanti alla Commissione Medica della ASL territorialmente competente per la visita medica.

La prima visita viene fissata entro:

- **30 giorni** dalla data di presentazione della domanda per l'effettuazione delle visite ordinarie;
- **15 giorni** dalla data di presentazione della domanda in caso di patologia oncologica ai sensi dell'art. 6 Legge 80/06 o per le patologia ricomprese nel decreto 2 agosto 2007.

La data definitiva viene comunicata anche con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Nel caso in cui lo spostamento per recarsi alla visita medica comporti un grave rischio per la salute dell'interessato, è possibile richiedere la *visita domiciliare* entro e non oltre 5 giorni prima dell'appuntamento per la visita. La richiesta sarà valutata dal Presidente della Commissione Medica.

Nel caso in cui, a pochi giorni dall'appuntamento, un evento imprevisto impedisca di presentarsi alla visita medica, è necessario comunicarlo (meglio se a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno anticipata per

¹¹ L. 118/1971.

¹² L. 104/1992.

¹³ L. 80/2006 di conversione del D. L. 4/2006.

¹⁴ L. 68/1999.

fax) alla ASL presso la quale si è stati convocati, che sposta l'appuntamento.

La ASL fissa comunque un nuovo appuntamento anche in caso di mancato preavviso, solo che alla successiva mancata presentazione senza preavviso la domanda sarà archiviata e dovrà essere ripresentata.

La presenza del medico di fiducia (oncologo, medico di famiglia, medico legale) alla visita medico-legale è consigliabile in casi particolari per sostenere le ragioni dell'interessato e per illustrare adeguatamente alla Commissione Medica 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 potrebbe trattenere la documentazione sanitaria, è bene portare con sé una copia per non rimanere sprovvisti degli originali.

Dopo la visita alla ASL si riceve un verbale “provvisorio”, che ha efficacia immediata ai fini del godimento dei benefici connessi allo stato di invalidità e di handicap, ma che è definitivo solo se validato dal medico responsabile del centro medico-legale INPS territorialmente competente, il quale può anche sospendere gli effetti e decidere di convocare a visita l'interessato¹⁵. Il verbale ‘definitivo’ è inviato telematicamente all'interessato alla conclusione dell'iter sanitario.

Completata la fase di accertamento sanitario l'INPS invia all'interessato il verbale in versione “integrale” (contenente tutti i dati sensibili) e in versione ‘ridotta’ (contenente solo la valutazione finale) per eventuali esigenze amministrative. La copia del verbale è disponibile anche attraverso il sito INPS per i possessori dell'apposito codice PIN. Se è stato riconosciuto il diritto a una prestazione economica, l'INPS apre la fase di verifica amministrativa dei requisiti socio-economici e delle modalità di pagamento, richiedendo all'interessato di fornire, sempre per via telematica, i dati richiesti relativi alla condizione reddituale e personale.

I tempi di erogazione dei benefici economici spettanti sono al massimo 120 giorni dalla data di presentazione della domanda.

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

Aggravamento: se la malattia progredisce, l'interessato può richiedere l'accertamento dell'aggravamento dello stato di salute. Alla domanda è

¹⁵ Art. 20 della L. 102/09.

necessario allegare adeguata documentazione attestante il peggioramento della patologia tumorale per la quale sono stati richiesti l'invalidità e l'handicap.

Revisione: se lo stato di invalidità o di handicap è riconosciuto per un periodo temporaneo, l'interessato deve sottoporsi alla visita di revisione da parte della Commissione Medica prima della data indicata nel verbale di accertamento.

È comunque consigliabile richiedere per via telematica di essere sottoposti alla visita di revisione prima della scadenza per evitare l'interruzione delle prestazioni assistenziali che decadono alla data indicata nel verbale¹⁶.

Con riferimento all'aggravamento e alla revisione, si segnala che chi richiede il riconoscimento del diritto a pensioni, assegni e indennità (comunque denominati) spettanti agli invalidi civili nei procedimenti in sede amministrativa (invalidità civile, cecità civile e sordomutismo), non può presentare domanda per la stessa prestazione fino a quando non sia esaurito l'iter amministrativo o, nel caso di ricorso in sede giudiziaria, fino a quando non sia intervenuta sentenza passata in giudicato¹⁷. In caso contrario, la domanda sarà dichiarata irricevibile.

Ricorso: se il verbale di accertamento della Commissione Medica della ASL (validato da giudizio definitivo dell'INPS) non riconosce totalmente o parzialmente la condizione di invalidità o la gravità dell'handicap o la necessità dell'indennità di accompagnamento o di frequenza, è possibile ricorrere al Tribunale competente. Dal 1° gennaio 2012 il giudizio vero e proprio deve essere preceduto da un'istanza di accertamento tecnico-preventivo¹⁸ che deve essere presentata, tramite un avvocato, alla sezione lavoro e previdenza del Tribunale territorialmente competente entro e non oltre 180 giorni dalla data di ricevimento del verbale di accertamento. L'accertamento tecnico-preventivo è una fase preliminare alla "causa" vera e propria e ha lo scopo di verificare la condizione sanitaria dell'interessato. Il giudice nomina un medico legale, che può essere affiancato dai medici legali nominati dall'INPS e dall'interessato. Il medico legale, esaminata la documentazione sanitaria ed eventualmente visitato l'interessato, presenta al Tribunale una relazione. Se il suo parere

¹⁶ Circolare INPS n. 149/2012.

¹⁷ Ai sensi dell'art. 56, comma 2, della L. 69/2009 "L'art. 11 della L. 222/1984 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 L. 222/1984 "...l'assicurato che abbia 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".

¹⁸ Artt. 445-bis e 696-bis del codice di procedura civile.

è favorevole e non vi sono contestazioni, l'INPS deve procedere al pagamento delle prestazioni dovute entro 120 giorni dalla notifica del provvedimento emanato dal giudice; in caso contrario, il ricorso giudiziale deve essere presentato in Tribunale entro 30 giorni dal deposito delle contestazioni¹⁹. Qualora l'INPS non riconosca il diritto ai benefici economici derivanti dall'invalidità per motivi diversi da quelli sanitari (mancanza dei requisiti reddituali, incompatibilità delle prestazioni, ecc.), è possibile proporre ricorso amministrativo al Comitato Provinciale dell'INPS entro 90 giorni dal ricevimento del provvedimento di diniego. In caso di mancata risposta o mancato accoglimento del ricorso entro 90 giorni, è 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

"Forse dovrò affrontare delle spese extra per la mia malattia, ma il mio reddito è molto basso. Ci sono degli aiuti economici per farvi fronte con meno angoscia?"

Lo Stato assiste i malati oncologici²⁰ che si trovino in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia attraverso il riconoscimento dell'*invalidità civile*²¹, a prescindere da qualunque requisito assicurativo o contributivo, nelle seguenti percentuali²²:

11%: prognosi favorevole con modesta compromissione funzionale;

70%: prognosi favorevole con grave compromissione funzionale;

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

Domanda: la richiesta per l'invalidità civile deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica dietro presentazione di un certificato rilasciato dal medico (medico di famiglia o altro medico in possesso del PIN).

¹⁹ Art. 445-bis codice di procedura civile, "Accertamento tecnico-preventivo obbligatorio".

²⁰ Cittadini italiani, cittadini degli stati membri dell'Unione Europea residenti in Italia, cittadini extra comunitari o apolidi regolarmente soggiornanti in Italia (cfr. Corte Cost. Sent n. 187 del 28/5/2010).

²¹ "[...] 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 a 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).

²² D. M. Sanità 5/2/1992.

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, gli arretrati e i relativi interessi, e i pagamenti successivi saranno mensili.

Benefici: i benefici sociali e/o economici connessi con il riconoscimento dello stato di invalidità dipendono dal grado di invalidità riconosciuto e dal reddito.

Per un'invalidità civile del 100%, una persona in età lavorativa (18-65 anni) ha diritto:

- alla pensione di inabilità, erogata per 13 mensilità. Per l'anno 2015 è pari a 279,75 euro mensili con limite di reddito annuo personale non superiore a 16.531,10 euro; e
- all'esenzione dal ticket per farmaci e prestazioni sanitarie (cod. C01).

Per un'invalidità civile pari o superiore al 74%, una persona in età lavorativa (18-65 anni) ha diritto:

- all'assegno di invalidità, erogato per 13 mensilità. Per l'anno 2015 è pari a 279,75 euro mensili qualora il reddito annuo personale non sia superiore a 4.805,19 euro.

Il pagamento della pensione di inabilità e dell'assegno di invalidità è di competenza dell'INPS²³, che ha la gestione di un apposito fondo. Su indicazione del beneficiario, il pagamento può avvenire mediante:

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

Al riconoscimento dello stato di handicap sono collegati alcuni benefici fiscali, ma è in ambito lavorativo che la legge²⁴ garantisce la più ampia tutela consentendo ai malati che lavorano e, in diversa misura, ai lavoratori familiari di malati oncologici in stato di handicap grave, di usufruire di permessi e congedi (retribuiti e non); di scegliere la sede e l'orario di lavoro e di godere di altri benefici per conciliare le cure con l'attività lavorativa.

Indennità di accompagnamento

"Non sono più in grado di condurre una vita normale da solo. I miei figli sono lontani, occupati ed ho intenzione di farmi aiutare da una badante. Ho diritto a un sostegno economico in questo senso?"

²³ Art. 130 D. lgs. 112/1998.

²⁴ L. 104/1992.

Se a causa della malattia è stata riconosciuta un'invalidità totale e permanente del 100%, e il malato ha problemi di deambulazione o non è più autonomo nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, è possibile richiedere anche il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento²⁵. Questa forma di sostegno è stata concessa²⁶ 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", ma al contempo anche per "sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico [della persona malata], evitando così il ricovero in istituti di cura e assistenza con conseguente diminuzione della relativa spesa sociale".

L'indennità di accompagnamento è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa²⁷.

Domanda: deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica. 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".

Decorrenza: l'assegno per l'accompagnamento spetta dal mese successivo alla presentazione della domanda. All'atto del primo pagamento l'INPS versa, in un'unica soluzione, gli arretrati e i relativi interessi, mentre i pagamenti successivi sono corrisposti mensilmente.

Importo: l'indennità di accompagnamento è erogata per 12 mensilità; l'importo non è vincolato da limiti di reddito e non è reversibile. Per l'anno 2015 è pari a 508,55 euro mensili. L'erogazione dell'indennità di accompagnamento è sospesa in caso di ricovero in un istituto con pagamento della retta a carico di un ente pubblico. In caso di ricovero è necessario inviare tempestiva comunicazione all'INPS. In ogni caso, entro il 31 marzo di ogni anno, il beneficiario è tenuto a dichiarare, sotto la propria responsabilità, di non essere ricoverato in un istituto a titolo gratuito. In caso di temporaneo impedimento, la dichiarazione può essere resa dal coniuge o da un familiare entro il terzo grado.

²⁵ L. 18/1980 e L. 508/1988; D. lgs. 509/1988.

²⁶ L'indennità di accompagnamento può essere concessa anche ai malati terminali. Corte di Cassazione, sentenze n. 7179/2003, n. 10212/2004, n. 1268/2005.

²⁷ Art. 1, co. 3, L. 508/1988. Per ulteriori informazioni sulla tessera di esenzione si rimanda a pag. 11. Lo Stato riconosce l'indennità di accompagnamento ai malati di cancro non più autosufficienti a causa della malattia.

Indennità di frequenza

"Dottore, a mio figlio non è stata riconosciuta l'idoneità all'indennità di accompagnamento, ma pure noi abbiamo bisogno di un sostegno."

L'indennità di frequenza è riconosciuta²⁸ ai minori affetti da patologie tumorali che siano iscritti o frequentino scuole di ogni ordine e grado (compresi gli asili nido²⁹), centri terapeutici, di riabilitazione, di formazione o di addestramento professionale; non è compatibile con l'indennità di accompagnamento

o con qualunque forma di ricovero. In pratica, possono richiederne il riconoscimento i minori le cui condizioni siano meno gravi di quelle che danno diritto all'indennità di accompagnamento.

Domanda: deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica (v. pag. 15). Il certificato attestante che il minore è iscritto/frequenta centri terapeutici o riabilitativi, corsi scolastici o centri di formazione o addestramento professionale deve essere inviata ogni anno alla sede INPS di competenza. Al compimento del diciottesimo anno di età, l'indennità di frequenza cessa di essere erogata ed è necessario presentare una nuova domanda all'INPS perché non è convertita automaticamente in assegno di invalidità o della pensione di inabilità.

Decorrenza: se i requisiti sanitari sono già stati riconosciuti dalla 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; in caso contrario, l'assegno è dovuto a partire dal mese successivo alla data di presentazione della domanda. Al momento del primo pagamento sono corrisposti in un'unica soluzione gli arretrati e i relativi interessi, mentre i pagamenti successivi sono su base mensile.

Importo: l'indennità di frequenza è erogata per la durata delle cure o la frequenza del corso fino a un massimo di 12 mesi. Per l'anno 2015 è pari a 279,75 euro mensili per un reddito annuo personale non superiore a 4.805,19 euro.

²⁸ L. 289/90.

²⁹ 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).

CAPITOLO 3

IL LAVORO

"Dottore sono preoccupato di perdere il lavoro. Come faranno mia moglie ed i miei figli?"

"A causa della malattia forse non potrò più svolgere le mie mansioni al massimo".

"Avrei bisogno di alleggerire il carico di lavoro almeno con un incarico part-time"

"Svolgo un lavoro notturno ma è diventato troppo pesante"

"Le condizioni del mio familiare sono peggiorate e vorrei stare a casa la notte, non posso però a causa dei miei turni di notte"

"La lontananza del posto di lavoro sta diventando un problema per me"

In ambito lavorativo alcuni benefici conseguono all'accertamento di una certa percentuale di invalidità, altri all'accertamento dello stato di "handicap in situazione di gravità", e altri ancora dalla sussistenza dei requisiti previsti dalla legge per il diritto al lavoro dei disabili³⁰. Per tale motivo, e per non doversi presentare a più visite medicolegali, è consigliabile che il malato di cancro lavoratore presenti all'INPS un'unica domanda per il riconoscimento³¹ dello stato di invalidità e di handicap "grave", sia per l'accertamento della disabilità.

Collocamento obbligatorio per persone disabili

Se la persona che ha ricevuto la diagnosi di tumore non ha ancora un lavoro, l'accertamento della disabilità da parte della Commissione Medica della ASL è utile ai fini di una futura assunzione. Vigè, infatti, l'obbligo per le imprese e gli enti pubblici di assumere un determinato numero (proporzionale alle dimensioni dell'impresa o ente) di persone

³⁰ L. 68/1999.

³¹ L. 104/1992

con invalidità superiore al 46% e fino al 100% iscritte nelle liste speciali del collocamento obbligatorio³².

Per legge³³ tale quota di riserva può comprendere anche i lavoratori diventati disabili dopo l'assunzione³⁴, purché la riduzione della capacità lavorativa sia pari o superiore al 60% (e non al 46% come in fase di assunzione), ammesso che l'inabilità non sia dovuta al mancato rispetto da parte del datore di lavoro, accertato in sede giurisdizionale, delle norme in materia di sicurezza e di igiene del lavoro. La visita per l'accertamento dello stato di invalidità sopraggiunto dopo l'assunzione può essere richiesta dal lavoratore o dal datore di lavoro con il consenso dell'interessato. Il rapporto di lavoro della persona disabile può essere risolto nel caso in cui sia accertata la definitiva impossibilità di adibire il lavoratore a mansioni confacenti il suo stato di salute all'interno dell'azienda. Il lavoratore disabile licenziato per riduzione del personale o per giustificato motivo oggettivo può essere reintegrato se al momento della cessazione del rapporto l'azienda/ente impiegava un numero di lavoratori disabili inferiore a quello previsto per legge.

Per le aziende/gli enti che assumono lavoratori disabili la legge prevede particolari vantaggi tra cui contributi all'assunzione a tempo indeterminato di persone disabili concessi da regioni e province autonome³⁵.

Scelta della sede di lavoro e trasferimento

Nei concorsi pubblici, il candidato-vincitore, con invalidità superiore al 67%, ha diritto di precedenza nella scelta della sede di lavoro più vicina al proprio domicilio tra quelle disponibili. Il diritto di precedenza vale anche nella scelta della sede in caso di trasferimento³⁶.

Il lavoratore del settore pubblico o privato cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap "grave" ha diritto di essere trasferito alla sede di lavoro

³² 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.

³³ Art. 4 co. 4 L. 68/1999.

³⁴ Anche per i lavoratori disabili, ma assunti con le procedure ordinarie, vale la stessa regola: il datore di lavoro può chiedere che il posto di lavoro venga computato ai fini della copertura della quota di riserva ma solo se l'invalidità è pari o superiore al 60% - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Circolare n. 66 / 01 del 10.7.01.

³⁵ L. 68/1999 modificata dalla L.247/2007: Art. 13. - (Incentivi alle assunzioni). Art. 14. - (Fondo regionale per l'occupazione dei disabili).

³⁶ Art. 21 L. 104/1992.

più vicina possibile al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso³⁷. Analogo diritto è riconosciuto al familiare che lo assiste³⁸.

Mansioni lavorative

Il lavoratore disabile ha il diritto di essere assegnato a mansioni adeguate alla sua capacità lavorativa. Se le sue condizioni di salute si aggravano con conseguente riduzione o modifica della capacità di lavoro, ha il diritto di essere assegnato a mansioni equivalenti o anche inferiori, purché compatibili con le sue condizioni, mantenendo in ogni caso il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza³⁹.

Nel caso in cui si accerti che non può essere assegnato a mansioni confacenti al suo stato di salute, il datore di lavoro può risolvere il rapporto di impiego. In tal caso deve comunicarlo entro 10 giorni agli uffici competenti per assumere un nuovo lavoratore disabile. Il datore di lavoro o il lavoratore disabile possono richiedere all'apposita Commissione operante presso l'ASL di residenza la visita medico-legale per accertare la compatibilità tra le condizioni di salute e l'attività svolta.

Lavoro notturno

Il lavoratore malato di cancro può chiedere di non essere assegnato a turni di notte presentando al datore di lavoro un certificato attestante la sua inidoneità a tali mansioni, rilasciato dal medico competente o da una struttura sanitaria pubblica. Il lavoratore già addetto a un turno notturno che diventi inidoneo a tali mansioni per il peggioramento delle sue condizioni di salute ha il diritto di chiedere e ottenere di essere assegnato a mansioni equivalenti in orario diurno, purché esistenti e disponibili⁴⁰. Il lavoratore che abbia a proprio carico una persona disabile in stato di handicap grave ha diritto a non svolgere un lavoro notturno⁴¹.

³⁷ Art. 33, co. 6, L. 104/1992 come modificato dall'art.24 della L.183/2010 cosiddetto Collegato Lavoro.

³⁸ Art. 33 L. 104/1992 come modificato dall'art.24 della L.183/2010 cosiddetto Collegato Lavoro.

³⁹ Art.10 L. 68/1999.

⁴⁰ D. lgs. 66/2003.

⁴¹ Art. 53 del D. lgs. 151/2001 e D. lgs. 66/2003.

Rapporto di lavoro a tempo parziale

Il malato di cancro che desidera continuare a lavorare dopo la diagnosi e durante i trattamenti può usufruire di forme di flessibilità per conciliare i tempi di cura con il lavoro come ad esempio il tempo parziale (o part time) o il telelavoro. Il rapporto di lavoro a tempo parziale è caratterizzato da un orario ridotto rispetto a quello ordinario a tempo pieno (o full time) che di norma è di 40 ore settimanali. Il part time può essere:

- verticale quando si lavora con orario pieno solo in alcuni giorni della settimana, del mese, o dell'anno;
- orizzontale quando si lavora tutti i giorni con orario ridotto;
- misto quando combina le due precedenti modalità.

Per quanto concerne l'orario di lavoro, il malato di cancro dipendente a tempo pieno con ridotta capacità lavorativa (anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita) gode di specifica tutela, giacché gli è riconosciuto il diritto di chiedere e ottenere dal datore di lavoro il passaggio dal tempo pieno al tempo parziale, mantenendo il posto, fino a quando il miglioramento delle condizioni di salute non gli consentirà di riprendere il normale orario di lavoro⁴². Prima di tutto, però, deve ottenere l'accertamento delle condizioni di salute da parte della Commissione Medica della ASL, quindi può richiedere il passaggio al tempo parziale,

con riduzione proporzionale dello stipendio, conservando il diritto al posto di lavoro e a ritornare a orario e stipendio pieni quando avrà recuperato la capacità lavorativa. Inoltre, una volta trasformato il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, ha il diritto di precedenza nelle assunzioni a tempo pieno per l'espletamento di mansioni analoghe o equivalenti a quelle oggetto del rapporto di lavoro a tempo parziale⁴³. I familiari del malato di tumore hanno la priorità rispetto agli altri lavoratori nel chiedere il passaggio dal tempo pieno al tempo parziale per prendersi cura del congiunto⁴⁴.

Telelavoro o lavoro a distanza

⁴² 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 co. 44 art. 1, L. 247/2007. Su richiesta di AIMaC, questa norma è stata introdotta nella riforma del mercato del lavoro (Legge Biagi).

⁴³ Art. 12 ter del D.lgs. 61/2000 aggiunto dalla L. 247/2007.

⁴⁴ Commi 2 e 3 dell'art. 12 bis del D. lgs. n. 61/2000 (introdotti dalla L.247/2007).

Il telelavoro è semplicemente una modalità di prestare il lavoro in un luogo diverso dai locali messi a disposizione del datore di lavoro, restando, tuttavia, funzionalmente e strutturalmente collegati all'attività aziendale tramite strumenti informatici e telematici. In virtù di ciò offre una grande flessibilità, sia nell'organizzazione sia nelle modalità di svolgimento⁴⁵.

Se il malato di cancro desidera continuare a lavorare durante le terapie, ma senza recarsi in ufficio, può chiedere al datore di lavoro di farlo da casa. Se la sua richiesta è accolta, ciò deve essere formalizzato in un accordo scritto nel quale devono essere riportati le attività da espletare e le modalità di svolgimento, le mansioni, gli strumenti di telelavoro, i rientri periodici in ufficio e le riunioni cui presenziare, l'eventuale termine della modalità di telelavoro e la relativa reversibilità con il rientro in ufficio su richiesta del datore di lavoro o del dipendente.

Se il datore di lavoro propone il telelavoro, ma il dipendente è contrario, questi può rifiutare l'offerta e ciò non costituirà, di per sé, motivo di licenziamento, né di modifica delle condizioni del rapporto di lavoro preesistente.

Il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica ha segnalato l'opportunità di concedere il telelavoro ai malati oncologici che lavorano nel pubblico impiego⁴⁶.

Assenze durante la malattia

Pur non esistendo una normativa organica che regolamenti specificatamente le assenze causate dalle malattie oncologiche e dall'esigenza di sottoporsi ai relativi trattamenti terapeutici, alcuni contratti collettivi nazionali di lavoro e circolari ministeriali prevedono talune disposizioni a tutela dei lavoratori affetti da patologie gravi e invalidanti, come quella oncologica, i quali debbano sottoporsi a cure salvavita. Pertanto, il lavoratore che non si senta in grado di lavorare, ad esempio nei giorni immediatamente successivi ai trattamenti, oppure che debba assentarsi per visite mediche o esami diagnostici, può usufruire di diversi strumenti giuridici per tutelare il posto di lavoro e la retribuzione.

⁴⁵ Accordo quadro europeo sul telelavoro stipulato a Bruxelles il 16/7/2002 tra CES UNICE/ UEAPME e CEEP; accordo sul telelavoro nelle pubbliche amministrazioni siglato il 23/3/2000; Accordo quadro nazionale sul telelavoro nelle pubbliche amministrazioni, in attuazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 3, della L. 191 /1998; accordo sul telelavoro nel settore privato siglato il 9/6/2004; Accordo interconfederale per il recepimento dell'accordo-quadro europeo sul telelavoro concluso il 16 luglio 2002 tra Unice/UEapme, Ceepe e Ces.

⁴⁶ Circolare n. 1 del 30/4/2009, emanata in seguito alle segnalazioni di AIMaC e F.A.V.O. 48 Art. 2110 del Codice Civile.

Indennità di malattia

Il lavoratore che non sia in grado di espletare le sue mansioni a causa della malattia e delle sue conseguenze ha diritto di assentarsi per il periodo necessario per le cure e terapie fino alla guarigione, di conservare il posto di lavoro (per un periodo di tempo) e di percepire un'indennità commisurata alla retribuzione. Ha, inoltre, diritto all'anzianità di servizio per tutto il periodo di assenza per malattia e, se la legge non stabilisce forme equivalenti di previdenza o assistenza, gli è dovuta la retribuzione (a carico del datore di lavoro, se la legge o la contrattazione collettiva lo prevedono) o un'indennità di malattia (a carico dell'INPS) nella misura e per il tempo determinati dalle leggi speciali, dagli usi o secondo equità⁴⁷. Il datore di lavoro ha il diritto di recedere dal contratto solo dopo il superamento del periodo di comporta previsto dalla legge, dagli usi o calcolato secondo equità.

Rapporto di lavoro privato: l'indennità di malattia viene pagata a partire dal quarto giorno successivo all'inizio della malattia fino a un massimo di 180 giorni per ciascun anno solare. I primi tre giorni di assenza per malattia di norma sono a carico del datore di lavoro, mentre dal quarto giorno in poi il pagamento è a carico dell'INPS (con possibili integrazioni da parte del datore di lavoro se previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL)).

Pubblico impiego: il dipendente assente per malattia conserva il posto per un periodo di diciotto mesi nel triennio. Nei casi particolarmente gravi, è consentito assentarsi per ulteriori diciotto mesi, ma senza retribuzione. Il trattamento economico riconosciuto nel periodo di assenza per malattia diminuisce nel tempo secondo il seguente schema:

- intera retribuzione dall'inizio della malattia e fino al 9° mese compreso;
- 90% della retribuzione dal 10° al 12° mese di assenza;
- 50% della retribuzione dal 13° al 18° mese, termine ultimo per la conservazione del posto.

I CCNL non contengono disposizioni omogenee in merito alle assenze per malattia e al periodo di comporta; pertanto è bene verificare che cosa preveda il proprio CCNL.

L'assenza per malattia deve essere comunicata tempestivamente al datore di lavoro, indicando anche l'indirizzo presso il quale si è a disposizione per eventuali controlli medico-fiscali. Su richiesta, il lavoratore può

⁴⁷ Art. 2110 del Codice Civile.

fornire anche il numero di protocollo del certificato inviato dal medico curante per via telematica. Se le terapie antitumorali che impediscono di lavorare hanno cadenza ciclica, è possibile farsi rilasciare dal medico curante un unico certificato attestante la necessità di trattamenti ricorrenti qualificandoli l'uno la ricaduta⁴⁸ di malattia dell'altro.

Il certificato di malattia viene inviato dal medico, entro 24 ore dalla visita, direttamente all'INPS (anche in caso di iscrizione ad altro ente previdenziale) per via telematica. Il medico comunica al lavoratore il numero di protocollo della trasmissione e, su richiesta, può rilasciargli anche una copia cartacea del certificato. La trasmissione telematica riguarda tutti i lavoratori dipendenti, pubblici e privati tranne alcune rare eccezioni (come, ad esempio, forze armate, vigili del fuoco, polizia). La vecchia procedura, che obbliga il lavoratore a presentare l'attestazione cartacea al datore di lavoro e il certificato all'INPS, resta in vigore solo nel caso in cui il medico non sia nella condizione di rilasciare il certificato in forma cartacea.

Il lavoratore registrato sul sito dell'INPS può visualizzare e stampare l'attestato di malattia in qualsiasi momento collegandosi al sito ovvero verificarne l'avvenuto invio telefonando al numero verde 803164.

Fasce di reperibilità

Poiché lo stato di malattia giustifica l'assenza dal lavoro e il diritto a percepire l'indennità di malattia, il lavoratore ammalato ha l'obbligo di rendersi reperibile al domicilio comunicato nel caso in cui il datore di lavoro o l'INPS richiedano eventuali visite fiscali da parte dei medici dell'INPS o dell'ASL. Le fasce di reperibilità per la visita fiscale sono le seguenti:

- dipendenti pubblici: dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00 di tutti i giorni, inclusi domenica e festivi;
- dipendenti privati: dalle 10.00 alle 12.00 e dalle 17.00 alle 19.00 di tutti i giorni, inclusi domenica e festivi.

In caso di assenza dell'interessato, il medico lascia nella cassetta postale un avviso con il quale convoca il lavoratore alla visita fiscale presso l'ambulatorio della ASL. La mancata, ingiustificata presentazione alla

⁴⁸ In caso di ricaduta, i giorni del nuovo periodo di malattia si sommano a quelli del periodo precedente in modo che non vi sia il periodo di cosiddetta "carenza" durante il quale l'INPS non riconosce l'indennità di malattia. Ciò vale sia ai fini del conteggio dei 180 giorni come massimo indennizzabile nell'anno solare sia per la determinazione dell'indennità. Per alcune categorie di lavoratori si ha "ricaduta" se la malattia interviene entro altri termini diversamente individuati.

visita determina la perdita totale o parziale dell'indennità di malattia e l'adozione di sanzioni disciplinari che possono arrivare, nei casi più gravi, fino al licenziamento per giusta causa.

Per i malati oncologici l'obbligo di reperibilità non è strettamente necessario essendo ampiamente documentato il motivo dell'assenza. In particolare, con riferimento al settore del pubblico impiego, sono espressamente esclusi dall'obbligo di reperibilità i lavoratori la cui assenza sia riconducibile a patologie gravi che richiedono terapie salvavita, a infortuni sul lavoro, a malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio, a stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta⁴⁹.

Periodo di comporta

Oltre alla retribuzione o all'indennità di malattia, il lavoratore malato ha diritto a conservare il posto per un determinato periodo stabilito dalla legge, dagli usi e dal contratto collettivo o individuale, nel caso siano più favorevoli⁵⁰. Il lasso di tempo durante il quale vige il divieto di licenziamento è detto *periodo di comporta* e ha durata variabile in relazione alla qualifica e all'anzianità di servizio. Poiché le disposizioni contenute nei CCNL non sono omogenee, è bene controllare che cosa preveda il proprio CCNL.

Aspettativa non retribuita

I CCNL spesso prevedono la possibilità di conservare il posto di lavoro anche nei casi in cui l'assenza per malattia determini il superamento del periodo di comporta. Ciò consente al lavoratore di usufruire di un periodo di aspettativa non retribuita per motivi di salute e di cura. Le modalità di concessione e durata dell'aspettativa variano in funzione del CCNL.

Domanda: l'aspettativa deve essere richiesta prima del superamento del periodo di comporta al fine di evitare un possibile licenziamento.

⁴⁹ DM 206/2009 "Determinazione delle fasce orarie di reperibilità per i pubblici dipendenti in caso di assenza per malattia" e circolare n. 1 del 30/4/2009 emanati dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione, anche in seguito alle segnalazioni di AIMaC e FAVO riguardo alle problematiche connesse con le fasce di reperibilità nel pubblico impiego. La circolare contiene chiarimenti in ordine alle fasce di reperibilità in caso di malattia specificatamente per i malati oncologici.

⁵⁰ Art. 2110 del Codice Civile.

Assenza per terapie salvavita

Alcuni CCNL del pubblico impiego e, in misura minore, del settore privato prevedono, per le patologie oncologiche e per quelle gravi che richiedono terapie salvavita, che i giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento in day hospital, come anche di assenza per sottoporsi alle cure siano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia normalmente previsti e siano retribuiti interamente. Alcuni CCNL escludono dal calcolo del periodo di computo anche i giorni di assenza dovuti agli effetti collaterali delle terapie salvavita. Ciò non solo prolunga indirettamente il periodo di computo, evitando in taluni casi il licenziamento, ma garantisce il mantenimento dello stipendio che, altrimenti, oltre un certo limite, sarebbe ridotto o azzerato.

Domanda: per fruire del permesso per sottoporsi a terapie salvavita è necessario specificare il motivo dell'assenza per il quale il datore di lavoro può richiedere idonea certificazione medica.

Permessi e congedi lavorativi

I permessi e i congedi dal lavoro di cui possono usufruire i lavoratori riconosciuti invalidi o con handicap grave e i familiari che li assistono sono regolamentati da norme specifiche⁵¹.

In particolare sono previsti:

- permessi lavorativi⁵²;
- permessi lavorativi per eventi e cause particolari⁵³;
- congedo per cure agli invalidi;
- congedo straordinario biennale retribuito;
- congedo biennale non retribuito per gravi motivi familiari.

Domanda: deve essere presentata al datore di lavoro e/o all'ente di previdenza cui si versano i contributi secondo le modalità richieste. In particolare, per il congedo biennale retribuito dal 1/1/2012 l'invio della richiesta all'INPS deve avvenire esclusivamente per via telematica⁵⁴.

⁵¹ L.183/2010, cosiddetto Collegato lavoro; D. lgs. 119/2011 di attuazione della delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi; Circolare INPS n. 32 del 6/3/2012.

⁵² L.104/1992.

⁵³ L. 53/2000.

⁵⁴ Circolare INPS n.171 del 30/12/2011.

a) Permessi lavorativi:

ottenuto il riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità, sia il lavoratore con disabilità sia il familiare che lo assiste possono usufruire di permessi retribuiti con i seguenti limiti⁵⁵:

- per il lavoratore con disabilità: a scelta 2 ore giornaliere o 3 giorni mensili⁵⁶;
- per il familiare: 3 giorni mensili a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno, salvo casi eccezionali⁵⁷.

I permessi per il familiare possono essere fruiti da un solo lavoratore dipendente (cosiddetto referente unico) per ciascuna persona in stato di handicap grave⁵⁸, mentre è ammesso, con alcune limitazioni, che il familiare lavoratore assista più persone in stato di handicap grave⁵⁹.

I permessi lavorativi possono essere richiesti anche per assistere un familiare portatore di handicap grave che vive lontano dal luogo di residenza del lavoratore; non sono infatti più richiesti i requisiti di “continuità ed esclusività” dell’assistenza⁶⁰. Nel caso in cui tale distanza sia maggiore di 150 km, è necessario dimostrare documentalmente il viaggio effettuato per portare assistenza⁶¹.

Per i lavoratori a tempo parziale i permessi sono ridotti in proporzione all’orario di lavoro. I permessi non utilizzati nel mese di competenza non possono essere fruiti nei mesi successivi.

b) Permessi lavorativi per eventi e cause particolari: il lavoratore ha il diritto di usufruire di un permesso retribuito di 3 giorni lavorativi all’anno per decesso o documentata grave infermità del coniuge, di un parente

⁵⁵ Secondo l’art. 33, co. 3, L. 104/1992 come modificato dall’art. 24 della L.183/2010 cosiddetto Collegato Lavoro i familiari aventi diritto sono: coniuge, genitore, figli, nonni, fratelli o sorelle, suoceri, nuore o generi, cognati; nel caso in cui nessuno di questi possa prestare assistenza per ragioni di età (superiore a 65 anni) o per patologie invalidanti o perché deceduti o mancanti, hanno diritto anche bisnonni, zii, nipoti figli di fratelli o sorelle, zii acquisiti e nipoti acquisiti.

⁵⁶ Art. 33 co. 6, L. 104/1992.

⁵⁷ Circ. n. 13/2010 Dipartimento della Funzione Pubblica e Circ. n. 45/2011 INPS: 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. La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà naturalmente risultare da idonea documentazione medica che gli uffici sono tenuti a valutare.

⁵⁸ Più lavoratori dipendenti non possono fruire dei permessi lavorativi L. 104/92 per assistere la stessa persona affetta da handicap grave (art. 33 co. 3 L. 104/1992 come modificato dall’art. 24 co. 1 lett. a, L. 183/2010), con l’eccezione dei genitori anche adottivi che possono fruirne alternativamente, anche in maniera continuativa nel corso del mese, nei confronti del figlio (art. 33 co. 3 L. 104/1992 come modificato dall’art. 4 co. 1 lett. a, D.lgs 119/2011).

⁵⁹ Art. 33 co. 3, L. 104/1992 ultimo periodo introdotto dall’art. 6 del D.lgs. 119/11: “Il dipendente ha diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave, a condizione che si tratti del coniuge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch’essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti”.

⁶⁰ L. 183/2010.

⁶¹ Art. 33 co. 3 bis, L. 104/1992 introdotto dall’art. 6 del D.lgs. 119/2011.

entro il secondo grado o del convivente a condizione che possa adeguatamente documentare la stabile convivenza con l'assistito⁶².

c) Congedo per cure agli invalidi (congedo retribuito di 30 giorni all'anno per cure): il riconoscimento di un'invalidità superiore al 50% dà diritto a 30 giorni all'anno, anche non continuativi, di congedo retribuito

(secondo il regime delle assenze per malattia e, pertanto, se non diversamente previsto dal contratto d'impiego, a carico del datore di lavoro) per cure mediche connesse con lo stato di invalidità⁶³.

I giorni di congedo per cure si sommano ai giorni di malattia previsti dal CCNL di categoria e, pertanto, non vanno computati ai fini del periodo di comparto.

Domanda: i giorni di congedo per cure sono concessi dietro presentazione di idonea documentazione che attesti la necessità di sottoporsi a trattamenti terapeutici connessi all'invalidità e, quindi, al tumore. In caso di trattamenti continuativi, come alcune terapie antitumorali, l'interessato può presentare anche un'unica attestazione cumulativa a giustificazione delle assenze dal lavoro.

d) Congedo straordinario biennale retribuito: il lavoratore dipendente, coniuge convivente del malato portatore di handicap grave ha diritto a un periodo di congedo straordinario retribuito, continuativo o frazionato, fino a un massimo di 2 anni⁶⁴. In caso di mancanza o decesso del coniuge o nel caso in cui quest'ultimo sia affetto da patologie invalidanti, analogo diritto è riconosciuto, nell'ordine, ai genitori, anche adottivi e non conviventi, al figlio convivente, al fratello o alla sorella conviventi con il portatore di handicap grave.

Il congedo straordinario biennale retribuito è fruibile da un solo familiare lavoratore per ciascun malato portatore di handicap grave ed è riconoscibile per la durata massima complessiva di due anni nell'arco della

⁶² Art. 4 co. 1, L. 53/2000.

⁶³ Art. 7 D. Lgs. 119/2011 cosiddetta di attuazione della legge delega 183/2010 al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi. Questa disposizione ha sostituito due norme la cui validità era stata confermata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali su richiesta di AIMaC nel 2004.

⁶⁴ Art. 42 co. 5, D. lgs. 151/2001 come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. 119/2011: «5. Il coniuge convivente di soggetto con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ha diritto a fruire del congedo di cui al comma 2 dell'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, entro sessanta giorni dalla richiesta. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, ha diritto a fruire del congedo il padre o la madre anche adottivi; in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi, ha diritto a fruire del congedo uno dei figli conviventi; in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi, ha diritto a fruire del congedo uno dei fratelli o sorelle conviventi". Questa nuova formulazione è il risultato di un complessivo riordino reso necessario dalle pronunce della Corte Costituzionale in materia: sentenza n. 158/2007, sentenza n. 233/2005, sentenza n. 19/2009.

vita lavorativa tra tutti gli aventi diritto e per ciascuna persona con handicap grave⁶⁵. Ciò significa che per assistere ogni persona con disabilità sono ammessi solo due anni di congedo e che ciascun familiare lavoratore non può fruire complessivamente di più di due anni di congedo, - sia esso “straordinario” (retribuito) che “per gravi motivi familiari” (non retribuito). Se, ad esempio, il familiare lavoratore ha usufruito di 10 mesi di congedo non retribuito, gli restano a disposizione per il congedo straordinario retribuito solo i restanti 14 mesi.

Se la persona da assistere è ricoverata a tempo pieno, il congedo può essere concesso soltanto nel caso in

cui i sanitari della struttura presso la quale è degente richiedano la presenza del familiare (cosiddetto referente unico) per l’assistenza⁶⁶. Dal 1° gennaio 2012, la domanda di congedo straordinario deve essere inoltrata all’INPS per via telematica.

Nel caso in cui lo stato di handicap grave sia stato riconosciuto per un periodo limitato il congedo può essere

fruito entro la scadenza temporale indicata nel verbale dell’ASL/INPS.

Il trattamento economico comprende un’indennità 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 coperto da contribuzione figurativa ma non rileva ai fini della maturazione delle ferie, della tredicesima mensilità e del trattamento di fine rapporto⁶⁷.

e) Congedo biennale non retribuito per gravi motivi familiari: 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 i quali conserva il posto di lavoro, ma non può svolgere alcuna attività lavorativa⁶⁸.

Pensionamento anticipato

Per il calcolo degli anni di servizio ai fini pensionistici, il lavoratore cui sia stata riconosciuta un’invalidità civile, di guerra, per lavoro e per

⁶⁵ Art. 42 co. 5 bis, D. lgs. 151/2001 aggiunto dall’art. 4 del D.Lgs. 119/2011.

⁶⁶ Circolare INPS n. 32/2012 e circ. Dipartimento Funzione Pubblica n. 1/2012.

⁶⁷ Circolare INPS n. 32/2012 e circ. Dipartimento Funzione Pubblica n. 1/2012.

⁶⁸ 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.”

servizio superiore al 74% ha diritto al beneficio di 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di servizio effettivamente prestato come invalido⁶⁹. Ciò non si applica al lavoratore titolare 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 riconosciuto fino ad un 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'importo della pensione, come chiarito sia dall'INPS⁷⁰ che dall'INPDAP⁷¹.

I due 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 2002, ma lo stato di invalidità è sopravvenuto nel 2005, la contribuzione figurativa ai fini pensionistici decorre dal 2005 e non dal 2002.

Domanda: deve essere presentata dall'interessato, corredata da idonea documentazione.

⁶⁹ Art. 80 co. 3, L. 388/2000.

⁷⁰ Circolare INPS n. 29/2002.

⁷¹ Circolare INPDAP n. 75/2001.

CAPITOLO 4

IL SISTEMA PREVIDENZIALE

Prestazioni previdenziali

A seconda del tipo di infermità invalidante riconosciuta, il malato di cancro assicurato presso l'INPS ha diritto alle seguenti prestazioni⁷²:

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

Le informazioni riportate si riferiscono esclusivamente ai requisiti e all'iter procedurale previsti dall'INPS per i propri assicurati. Dal 1° luglio 2012 la domanda per l'ottenimento di qualunque beneficio previdenziale deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica⁷³. Per farlo è necessario munirsi di un codice PIN che si richiede:

- attraverso il sito INPS seguendo le istruzioni per la registrazione;
- attraverso il numero verde INPS 803164;
- oppure essere in possesso di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

Assegno ordinario di invalidità

Il lavoratore dipendente, autonomo o parasubordinato, iscritto all'INPS, ha diritto all'assegno ordinario di invalidità a condizione che:

- sia affetto da infermità fisica o mentale tale da ridurre permanentemente la capacità lavorativa, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo;
- sia iscritto all'INPS da almeno 5 anni;

⁷² L. 222/1984.

⁷³ Circolari INPS n. 131 del 10 ottobre 2011 e n. 91 del 2 luglio 2012.

- 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 vi sia stato un peggioramento delle condizioni di salute o siano insorte nuove infermità⁷⁴.

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

Domanda: deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica riportando il numero del certificato medico telematico modello SS3.

Decorrenza: l'assegno ordinario d'invalidità spetta dal mese successivo alla data di presentazione della domanda ed è erogato per 13 mensilità. All'atto del primo pagamento l'ente pagatore versa, in un'unica soluzione, gli arretrati e i relativi interessi, mentre i pagamenti successivi sono mensili. L'assegno ha validità triennale e, su domanda del beneficiario, può essere confermato per tre volte consecutive, dopodiché diventa definitivo. Su indicazione del beneficiario, il pagamento può avvenire:

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

Ricorso: se la domanda di assegno ordinario di invalidità è respinta, l'interessato può presentare ricorso amministrativo al Comitato Provinciale dell'INPS per via telematica⁷⁵ (accedendo al sito dell'Istituto, sezione "servizi online", mediante l'apposito codice PIN), entro 90 giorni dalla data di ricevimento della notifica del provvedimento ovvero decorsi 120 giorni dalla data della domanda senza che l'Istituto si sia pronunciato⁷⁶. Coloro che non sono muniti del codice PIN possono rivolgersi agli enti di patronato e ad altri soggetti abilitati per l'impugnazione del provvedimento sempre per via telematica o all'avvocato di fiducia che sarà riconosciuto dal sistema come

⁷⁴ Art. 1, co. 2, L. 222/1984.

⁷⁵ Circolare INPS 10 febbraio 2011, n. 32.

⁷⁶ Artt. 46 e 47, L. 88/89.

procuratore del ricorrente e, in quanto tale, abilitato alla trasmissione dei ricorsi per i propri clienti.

Il Comitato Provinciale dell'INPS deve pronunciarsi entro 90 giorni dalla presentazione del ricorso amministrativo. In caso di parere sfavorevole o di mancata risposta allo scadere del suddetto periodo, l'interessato può rivolgersi ad un avvocato di fiducia per ricorrere alla sezione lavoro e previdenza del Tribunale del luogo di residenza. Dal 1° gennaio 2012 il giudizio deve essere preceduto da un'istanza di accertamento tecnico-preventivo⁷⁷ che deve essere presentata alla sezione lavoro e previdenza del Tribunale territorialmente competente tramite un avvocato. L'accertamento tecnico-preventivo è una fase preliminare alla "causa" vera e propria e ha lo scopo di verificare la condizione sanitaria dell'interessato. Il giudice nomina un medico legale, che può essere affiancato dai medici legali nominati dall'INPS e dall'interessato. Il medico legale, esaminata la documentazione sanitaria ed eventualmente visitato l'interessato, presenta al Tribunale una relazione.

Se il suo parere è favorevole e non vi sono contestazioni, l'INPS deve procedere al pagamento delle prestazioni dovute entro 120 giorni dalla notifica del provvedimento emanato dal giudice; in caso contrario, il ricorso giudiziale deve essere presentato in Tribunale entro 30 giorni dal deposito delle contestazioni⁷⁸. Il ricorso al giudice deve essere presentato entro e non oltre 3 anni⁷⁹ dalla comunicazione del diniego o dalla data di scadenza del termine (90 giorni) entro cui il Comitato Provinciale dell'INPS avrebbe dovuto emettere una decisione.

Pensione di inabilità

Il lavoratore dipendente, autonomo o parasubordinato, iscritto all'INPS, ha diritto alla pensione di inabilità a condizione che⁸⁰:

- sia affetto da infermità fisica o mentale tale da provocare l'assoluta e permanente incapacità a 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.

⁷⁷ Artt. 445-bis e 696-bis del codice di procedura civile.

⁷⁸ Art. 445-bis codice di procedura civile.

⁷⁹ Art. 4 D. lgs.384/1992 convertito in legge con modificazioni dalla L. 438/1992.

⁸⁰ L. 222/1984.

La pensione di inabilità è reversibile ai superstiti ed è incompatibile con l'attività lavorativa.

Domanda: deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica riportando il numero del certificato medico telematico mod. SS3. La domanda può essere presentata anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro e indipendentemente dai motivi che l'hanno determinata.

Decorrenza: poiché la pensione di inabilità è riservata alle persone malate che non sono più in grado di lavorare ed è incompatibile con qualsiasi forma di attività lavorativa, la decorrenza varia a seconda delle circostanze:

- se l'interessato ha presentato la domanda dopo aver smesso di lavorare, decorre dal mese successivo a quello di presentazione domanda;
- se l'interessato ha presentato domanda quando ancora lavorava, decorre solo dal mese successivo a quello di cessazione dell'attività lavorativa o dalla data di cancellazione dagli elenchi dei lavoratori autonomi.

La pensione di inabilità è erogata per 13 mensilità. All'atto del primo pagamento l'ente pagatore versa, in un'unica soluzione, tutti gli arretrati e i relativi interessi, mentre i pagamenti successivi sono mensili.

Ricorso: le modalità per la presentazione del ricorso in caso di respingimento della domanda di riconoscimento della pensione di inabilità sono le stesse applicate per la mancata concessione dell'assegno ordinario di invalidità.

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

L'assicurato INPS cui sia stata riconosciuta la pensione per inabilità totale ha diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa, a condizione che⁸¹:

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

⁸¹ Art. 5, L. 222/1984.

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.

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

Domanda: la domanda può essere presentata anche insieme a quella 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° gennaio 2013 l'assegno di assistenza è pari a 510,83 euro mensili.

Ricorso: se la domanda di riconoscimento dell'assegno di assistenza è respinta, l'interessato può presentare ricorso seguendo le modalità descritte per la mancata concessione dell'assegno ordinario di invalidità.

CAPITOLO 5

ULTERIORI BENEFICI

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 sosta⁸² che consente:

- il libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali;
- la sosta nei parcheggi riservati ai disabili (strisce gialle) o, in mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento (strisce blu). Va segnalato che alcuni Comuni non riconoscono quest'agevolazione alle auto che espongono il contrassegno per l'handicap; pertanto, in questi casi il mancato pagamento del biglietto è sanzionato con una multa per mancata esposizione del titolo di 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 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 condizioni di salute dell'interessato, accertate dalla visita medico-legale. Il contrassegno è valido cinque anni. Il permesso di libera circolazione e sosta è sempre rinnovabile.

⁸² Art. 11 del D.P.R. 503/1996 (pubblicato in S.O. della G.U. 27 settembre 1996, n. 227) "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici".

APPENDICE

LEGGE 15 MARZO 2010 N. 38

Testo della legge sulle cure palliative e la terapia del dolore

Il 10 marzo 2010 il Parlamento Italiano ha approvato in via definitiva la legge “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.

Le cure palliative secondo la definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, sono “ un approccio che migliora la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si confrontano con i problemi legati alle malattie inguaribili, mentre la terapia del dolore rappresenta l’approccio terapeutico applicato alle forme croniche per il controllo del dolore.

NOVITA’ DELLA LEGGE

1. Monitoraggio del dolore

Sia i medici che operano negli ospedali che quelli che operano sul territorio, ivi compresi i MMG dovranno obbligatoriamente registrare nella cartella clinica di ogni paziente l’intensità del dolore e la somministrazione dei farmaci antalgici riportando il dosaggio utilizzato e i risultati raggiunti.

2. Reti territoriali

E’ previsto l’istituzione di due reti assistenziali: 1. rete di cure palliative che assicura l’applicazione delle cure palliative ai malati terminali di cui fanno parte gli hospice, 2. centri e ambulatori di terapia antalgica che assicurano l’assistenza ai malati con dolore cronico. Alla costituzione delle reti partecipano medici ospedalieri, del territorio ivi compresi i MMG.

3. Accesso semplificato ai medicinali

Viene semplificato la prescrizione dei medicinali per il trattamento dei pazienti affetti da dolore intenso. Con questa legge per la prescrizione dei farmaci oppioidi, tutti i medici del SSN potranno utilizzare il normale ricettario, senza dover più ricorrere al ricettario speciale a ricalco che veniva ritirato presso le Asl.

4. Osservatorio

La legge istituisce un Osservatorio nazionale permanente, incaricato di monitorare e di redigere un rapporto annuale sui dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nella terapia del dolore, allo sviluppo delle due reti e del loro stato di avanzamento, alla attività di formazione, informazione, ricerca e prestazioni erogate. In ultimo ci sarà un controllo sui livelli di spesa delle Regioni con possibilità di interruzione dei fondi in caso di inadempienza.

INDIRIZZI UTILI

STRUTTURE ONCOLOGICHE

Ospedali Riuniti Azienda Ospedaliero-Universitaria Foggia			
Radioterapia Oncologica	Direttore Giuseppe Bove	Ambulatorio Radioterapia	Segreteria Tel. 0881-736170
Ambulatorio Universitario di Ematologia	A. Liso	Ambulatorio di Ematologia	Tel.0881-733614
Ematologia Ospedaliera	Direttore Silvana Capalbo	Day Hospital	Tel.0881-732186
Ambulatorio ospedaliero di ematologia	Direttore Silvana Capalbo	Ambulatorio Ematologia	Tel. 0881-732186

Oncologia medica Ospedaliera	Direttore Sante Romito	Day Hospital Oncologico	Tel. 0881-736116; tel. 0881-736296
Ambulatorio Universitario di Oncologia Ospedaliera	Dirigente medico Matteo Landriscina	Ambulatorio di Oncologia	Tel. 0881-733614
Ospedale Lastaria Lucera	Massimo Lombardi	Day Hospital Oncologia e senologia	Tel. 0881-543448
Ospedale San Marco in Lamis	Responsabile Armando Gismondi	Oncologia medica	Tel. 0882-815246

IRCSS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza-San Giovanni Rotondo - Foggia

Unità Operativa Complessa di Oncologia medica	Direttore Evaristo Maiello	Oncologia medica	Tel. 0881-410656;
		degenza ordinaria	0882-410656
		Day Hospital	Tel. 0882-416332-3-4-6
		Ambulatorio di Oncologia	Tel. 0882-416888
Ematologia e trapianto di cellule staminali	Direttore Nicola Cascavilla	Ematologia	Tel. 0882-
		Degenza ordinaria	410539;0882410295
		Ambulatorio di Ematologia	Tel. 0882-410451;0881-410879
		Day Hospital Ematologia	Tel. 0882-410451

STRUTTURE SANITARIE

Azienda Sanitaria Locale Foggia

Foggia Piazza della Libertà 1- Foggia Centralino Tel. 0881-884111 Sito web: www.aslfg.it Per prenotazioni 800466222 Ufficio relazioni con il pubblico Foggia Tel. 0881-884583; S. Severo Tel. 0882-200404; Cerignola Tel. 0885-419273

Ospedali Riuniti Azienda Ospedaliera Universitaria di Foggia

V.le Luigi Pinto - Foggia Centralino Tel. 0881-731111 Sito web: www.ospedaliriunitifoggia.it Ufficio relazioni con il pubblico Foggia Telefono 0881-733775;733603

IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza - San Giovanni Rotondo

Viale Cappuccini 1 - 71013 Centralino Tel. 0882-4101 Sito web: www.operapadrepio.it Ufficio relazioni con il pubblico Tel. 0882-412389

Hospice Cure Palliative Provincia di Foggia

Hospice Don Uva Foggia	Direttore Michele Totaro	Via Lucera 110 Distretto Foggia	Tel. 0881- 715229; 715231
Hospice Torremaggiore Foggia	Responsabile Matteo Buono	Distretto n. 51 San Severo Via S. Ciaccia	Tel. 0882 - 380325
Hospice San Marco - Foggia	Responsabile Valentina Lombardi	Distretto Manfredonia	Tel. 0884- 565935

Commissioni Invalidi Civili Provincia di Foggia

INPS	Sede di Foggia	Via Della Repubblica, 18
Commissione Invalidi Civili	Foggia	Via N. Nadi, 1
Commissione Invalidi civili	Ascoli Satriano	Vico San Donato, 1
Commissione Invalidi Civili	Cerignola	Via XX Settembre,1
Commissione Invalidi Civili	Lucera	Via Trento, 41

Commissione Invalidi Civili	Manfredonia	Via Barletta,1
Commissione Invalidi Civili	Monte Sant' Angelo	Viale Santa Croce Snc
Commissione Invalidi Civili	Rodi G.co	C.so Madonna della Libera ,118
Commissione Invalidi Civili	San Marco in Lamis	Ex Ospedale Via XXIV Maggio
Commissione Invalidi Civili	Sannicandro Garganico	Via Del Campo, 35
Commissione Invalidi Civili	Torremaggiore	Via San Ciaccia, 1
Commissione Invalidi Civili	San Severo	Via Trento, 3
Commissione Invalidi Civili	Troia	Via San Biagio, 1
Commissione Invalidi Civili	Vico del Gargano	Via Di Vagno, 1-3

La richiesta di accertamento sanitario dello stato di invalidità/handicap è stata totalmente informatizzata dal primo gennaio 2010. Per ottenere l'accertamento delle minorazioni civili (invalidità, cecità e sordità) e dello stato di handicap (L. 104/1992) e disabilità (L. 68/1999), occorre presentare per via telematica, all'Inps territorialmente competente, la domanda completa della certificazione medica (compilata dal medico di medicina generale o altro medico) che attesta la natura delle infermità invalidanti, collegandosi al sito web dell'Inps. (Circolare INPS n. 131 del 28/12/2009).

Capacità lavorativa

Per Capacità lavorativa si intende l' idoneità a svolgere non solo il lavoro di fatto svolto, ma tutti i lavori che l'assicurato è in grado di svolgere per condizioni fisiche, preparazione culturale ed esperienze professionali (Cassazione 28.12.1996 n. 11541).

Periodo di comportamento

Rappresenta l'arco di tempo (di durata variabile in funzione della qualifica e dell'anzianità di servizio), stabilito dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL), durante il quale il datore di lavoro non può licenziare il lavoratore malato.

Pensione di inabilità

La pensione di inabilità è concessa ai *mutilati e invalidi civili* di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni, a cui l'apposita Commissione sanitaria abbia riconosciuto una inabilità lavorativa totale (quindi del 100%) e permanente (cioè gli *invalidi totali*) e si trovino, inoltre, in stato di bisogno economico. Annualmente viene fissata la soglia di reddito personale dell'invalido che, se superata, fa venire meno il diritto alla pensione di inabilità. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età, non si parla più di pensione di inabilità ma di *assegno sociale*.

Assegno mensile

L'assegno mensile spetta ai mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni, nei cui confronti, in sede di visita medica presso la competente commissione sanitaria, sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 74% (*invalidi parziali*), che non prestino attività lavorativa e che si trovino in stato di bisogno economico.

Annualmente viene fissata la soglia di reddito personale dell'invalido che, se superata, fa venire meno il diritto all'assegno mensile

La commissione di invalidità

E' l'organo incaricato di quantificare, in sede di visita collegiale, dopo istanza presentata dall'interessato, la percentuale della compromessa capacità lavorativa per l'ottenimento dei benefici previsti dalla normativa vigente. La domanda di invalidità deve essere presentata alla commissione medica della Asl di residenza utilizzando i modelli predisposti. Alla domanda devono essere allegati il documento di riconoscimento, il certificato medico rilasciato dal proprio medico di famiglia o altro medico e tutta la documentazione utile in originale.

Nel caso in cui in paziente si rende intrasportabile si può richiedere una visita domiciliare.

Modalità di invio della domanda di invalidità

La domanda di richiesta di invalidità (Caf) va indirizzata alla Azienda Asl di Foggia P.zza della Libertà, 1 Foggia, oppure consegnata all'ufficio protocollo della stessa Asl. La commissione medico fissa la data della visita medica entro 3 mesi dalla data di presentazione della domanda inviando comunicazione cartacea.

Il portatore di handicap

È colui che, a causa di una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che comporta difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, vive una situazione di svantaggio sociale o di emarginazione nel contesto sociale di riferimento. (Così come definito dall'art. 3, comma 1, della *legge n. 104/1992*).

Il portatore di handicap in situazione di gravità

È colui che necessita di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, quando la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia

personale, correlata all'età. (Così come definito dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992).

L'invalido civile

È colui che ha difficoltà a svolgere alcune funzioni tipiche della vita quotidiana o di relazione a causa di una menomazione o di un deficit psichico o intellettivo, della vista o dell'udito. (Così come definito dall'art. 2 della L. 118/1971). L'invalidità è "civile" quando non deriva da cause di servizio, di guerra o di lavoro. Se l'interessato è minorenni, la percentualizzazione dell'invalidità non viene attribuita - ad eccezione dei maggiori di quindici anni per i quali tale percentuale viene indicata ai fini dell'iscrizione alle liste speciali di collocamento (L. 68/1999). Se invece l'interessato è maggiorenne, l'invalidità civile viene di norma definita in percentuale. Si considerano mutilati ed invalidi civili i soggetti, oltre i 65 anni, che abbiano persistenti difficoltà nello svolgere le funzioni e i compiti della loro età.

Il cieco civile

È colui che è affetto da cecità assoluta o cecità con residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi. (Così come descritto dal D.M. del 1992 e dalla L. 138/2001).

Il sordo

È colui che ha una disabilità sensoriale dell'udito che risulta tale dalla nascita (affetto da sordità congenita) o che è diventato tale prima dell'apprendimento della lingua parlata - affetto da sordità acquisita. (Così come definito dall'art. 1 della L. 68/1999).

Nomenclatore tariffario

Il Nomenclatore Tariffario è il documento emanato e periodicamente aggiornato dal Ministero della Salute che stabilisce la tipologia e le modalità di fornitura di protesi e ausili a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Nomenclatore Tariffario attualmente in vigore è quello stabilito dal D.M. 332 del 27/8/1999, pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale del 27/9/1999.

Disabilità oncologica - Procedimento rapido

Dall'ottobre scorso, è disponibile una **procedura** telematica che snellisce l'iter di accertamento di disabilità oncologica. Questa nuova modalità consente a ciascun **medico oncologo** (munito di un apposito PIN rilasciato dall'INPS) di certificare direttamente e puntualmente diagnosi, stadio e terapia della malattia del paziente che ha in cura, attraverso la compilazione di un **certificato online**. Con ciò vi è l'evidente vantaggio di semplificare la procedura (non serve più il certificato del Medico di Famiglia) e ridurre i tempi di riconoscimento della disabilità anche perché non è più necessario integrare la documentazione clinica presentata a supporto della domanda.





Domande e risposte

Entro quanto tempo deve essere fissata la prima visita di accertamento sanitario?

Entro 3 mesi. Nel caso in cui non venga fissata la visita medica entro il terzo mese successivo alla presentazione della domanda, ciascun cittadino può presentare una diffida a provvedere, in carta semplice, all'Assessorato alla sanità della regione territorialmente competente (ed anche all'Inps dato che dal 2010 è responsabile dell'intero procedimento).

Come posso contestare una risposta di invalidità ritenuta inadeguata?

E' possibile presentare ricorso al Giudice Ordinario, entro 180 giorni dalla notifica del suddetto verbale. In questo caso l'assistenza del legale è necessaria. In alternativa è possibile, qualora la patologia subisca peggioramenti (certificati), presentare domanda di aggravamento.

E' possibile vedere a che punto si trova la pratica di invalidità presentata?

Si. La Legge n. 241 del 1990 prevede la possibilità di accedere ai documenti amministrativi; pertanto è possibile avere informazioni sullo stato del procedimento relativo alla propria domanda di invalidità.

È possibile richiedere la visita domiciliare anche dopo aver inviato la domanda di invalidità?

Si. Qualora sussistano le condizioni per richiedere la visita domiciliare (impossibilità ad essere trasportato), il medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo deve compilare ed inviare, sempre per via

telematica, collegandosi al sito dell'Inps, il certificato medico di richiesta visita domiciliare, almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale.

La nuova procedura di riconoscimento di invalidità civile prevede dei tempi più celeri per la prima visita e la conclusione dell'intero iter?

Sì. La circolare Inps n.131/09, indica il termine di 30 giorni (anziché 3 mesi) dalla data di presentazione della domanda per l'effettuazione della prima visita e di 120 giorni (anziché 9 mesi) per la conclusione dell'intero iter di accertamento sanitario.

Esiste una normativa che prevede dei tempi più celeri per i pazienti oncologici?

Sì. L'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap, riguardante soggetti con patologie oncologiche, in fase acuta, deve essere effettuato dalle commissioni mediche, entro 15 giorni dalla domanda dell'interessato. Tale disposizione è dettata dall'art. 6 della *legge 80 del 9 marzo 2006*. Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti.

Esiste la possibilità di ottenere una indennità di accompagnamento durante la chemioterapia o radioterapia?

Sì. Esiste per le persone che seguono un trattamento chemioterapico e radioterapico particolarmente debilitante. Tale beneficio si può ottenere anche per un breve periodo. Il diritto di tale indennità non nasce automaticamente dall'effettuazione di trattamenti antineoplastici, ma dalla impossibilità di deambulare senza un accompagnatore o dalla necessità di assistenza continua nel compimento degli atti quotidiani della vita. Pertanto, vanno valutati caso per caso le condizioni previste dall'art. 1. L. 11/02/1980 n. 18, per gli alti dosaggi e i loro effetti sul singolo paziente. La domanda in tal caso deve essere presentata all'inizio della cura.

Dopo un'iniziale smarrimento di fronte a una diagnosi di cancro ci si chiede: dove posso farmi curare? Qual è il miglior centro di eccellenza?

Non esiste il miglio centro in assoluto, ma bisogna valutare caso per caso. Può essere utile al riguardo consultare lo “Sportello cancro” fondazione Veronesi.

Il riconoscimento di invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani può precludere l'attività lavorativa?

No. Il riconoscimento della necessità di assistenza continua non significa di per sè inidoneità al lavoro; è un classico caso di scuola quello di chi è impossibilitato a deambulare ma svolge attività informatiche. La sola conseguenza potrebbe essere la rivalutazione da parte del "medico competente", nominato dall'azienda, del "piano di lavoro".

Quali sono le condizioni per richiedere e ottenere la 104?

La possibilità di ottenere i benefici della legge 104 (c.d. handicap in stato di gravità) dipende non solamente dallo stato di invalidità ma anche dalla situazione sociale (mancanza di una adeguata rete familiare, abitazione in zona disagiata o priva di ascensore, distanza da negozi di generi di prima necessità, etc.).

E' possibile ottenere permessi lavorativi e/o modifiche della tipologia di lavoro in quanto affetto da malattia oncologica?

Si. Chi è affetto da una patologia oncologica può richiedere al proprio datore di lavoro di trasformare la propria tipologia di contratto full-time in part-time (articolo 46 lettera t del D.Lgs. n.276/2003):

«I lavoratori 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.

La percentuale di invalidità assegnata sul verbale è definitiva o prevede la possibilità di revisione nel tempo?

A seconda dei casi la percentuale di invalidità può essere assegnata in via

definitiva oppure può essere soggetta a revisione nel tempo. Il verbale riporta l'eventuale data per la visita di revisione a cui il soggetto dovrà sottoporsi. I cittadini a cui è stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento o di comunicazione e siano affetti da patologie o menomazioni ingravescenti o stabilizzate, possono avere il diritto ad essere esonerate dalla revisione.

Esiste una esenzione sanitaria sulle prestazioni e sui farmaci per il malato oncologico?

Si. Esiste una esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore da cui è affetto, nonché per le eventuali complicanze, la riabilitazione e la prevenzione di ulteriori aggravamenti (D. M. Sanità 329/1999). Il codice identificativo delle patologie tumorali è lo 048 e si ottiene recandosi presso la asl presentando un documento che attesti la malattia oncologica (scheda uscita ospedale, certificato specialistico, cartella clinica); il medico di famiglia è tenuto ad indicarlo sulle impegnative. Se l'invalidità civile riconosciuta è del 100% si ha diritto all'esenzione totale, cioè per tutte le prestazioni sanitarie, anche quelle non collegate alla patologia tumorale.

In caso di riconoscimento di stato di handicap in situazione di gravità è possibile richiedere una sede lavorativa più vicina al proprio domicilio?

Si. il paziente ha diritto ad ottenere il trasferimento alle sede più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso (art. 34 L. 104/1992).

Che cosa si intende per congedo retribuito?

Il congedo retribuito è un diritto del lavoratore per le cure connesse alla sua infermità. In base all'art. 10 del *D.L. 23/11/1988, n. 509*: "Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'art. 2, comma 1, della L. 26/07/1988, n. 291", qualora dalla malattia derivi una invalidità superiore al 50%, il lavoratore ha diritto di fruire ogni anno di un congedo retribuito fino a trenta giorni (anche non continuativi) per le cure connesse alla sua infermità .

Il caso di cicli di terapia ricorrenti il lavoratore ha diritto alla malattia?

Si. Se a causa della malattia oncologica, debba sottoporsi periodicamente - anche per lunghi periodi- a terapie ambulatoriali di natura specialistica che determinano incapacità al lavoro, ai vari periodi della terapia si applicano i criteri della “ricaduta della malattia” se sul certificato viene barrata l’apposita casella e il trattamento viene eseguito entro 30 giorni dalla precedente assenza. In tal caso bisogna presentare la certificazione medica in cui venga attestata la necessità dei trattamenti che determinano incapacità lavorativa e che siano qualificati l’uno ricaduta dell’altro. Il lavoratore deve anche fornire l’indicazione dei giorni previsti per la terapia a cui deve seguire la dichiarazione delle strutture sanitarie dove viene effettuata la terapia e il calendario delle prestazioni effettivamente eseguite (Circ. Inps 136/2003).

In caso di ricovero in Day hospital si ha diritto all’indennizzabilità?

Si. I giorni in cui si effettua la prestazione in regime di day hospital sono equiparati alle giornate di ricovero, per cui vengono applicati gli stessi requisiti certificativi e gli stessi criteri per l’indennizzabilità, compresa la riduzione dell’indennità ai 2/3 della misura intera. Per i giorni successivi al ricovero sarà necessario un nuovo certificato medico di continuazione dell’incapacità al lavoro, che può essere redatto dal medico di famiglia o dal medico ospedaliero.

Legge sull’handicap (L. 104/1992)

Ottenuto il riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità (legge 104/1992 art. 3 comma 3), è possibile usufruire di permessi lavorativi retribuiti per le cure. Anche il familiare che assiste un ammalato potrà usufruire di tali permessi. L’articolo 33 della predetta legge fissa i limiti di permesso retribuito come segue: per il lavoratore con disabilità: • 2 ore giornaliere o 3 giorni mensili a scelta (art. 33, comma 6) per il familiare: • 3 giorni mensili a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno (art. 33, comma 3) In caso di lavoro part-time i permessi sono ridotti in proporzione al lavoro prestato. I permessi non utilizzati nel mese di competenza non possono essere fruiti in tempi successivi.



CARTA DEI DIRITTI DEL MALATO

Diritto al tempo

Ogni cittadino ha diritto a vedere rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari.

Diritto all'informazione e alla documentazione sanitaria Ogni cittadino ha diritto a ricevere tutte le informazioni e la documentazione sanitaria di cui necessita nonché ad entrare in possesso degli atti necessari a certificare in modo completo la sua condizione di salute.

3. Diritto alla sicurezza

Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto ad ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione e ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi.

4. Diritto alla protezione

Il servizio sanitario ha il dovere di proteggere in maniera particolare ogni essere umano che, a causa del suo stato di salute, si trova in una condizione momentanea o permanente di debolezza, non facendogli mancare per nessun motivo e in alcun momento l'assistenza di cui ha bisogno.

5. Diritto alla certezza

Ogni cittadino ha diritto ad avere dal Servizio sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio, a prescindere dal soggetto erogatore, e a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nella interpretazione delle leggi e delle circolari, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica.

6. Diritto alla fiducia

Ogni cittadino ha diritto a vedersi trattato come un soggetto degno di fiducia e non come un possibile evasore o un presunto bugiardo.

7. Diritto alla qualità

Ogni cittadino ha diritto di trovare nei servizi sanitari operatori e strutture orientati verso un unico obiettivo: farlo guarire e migliorare comunque il suo stato di salute.

8. Diritto alla differenza

Ogni cittadino ha diritto a vedere riconosciuta la sua specificità derivante dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla religione, e a ricevere di conseguenza trattamenti differenziati a seconda delle diverse esigenze.

9. Diritto alla normalità

Ogni cittadino ha diritto a curarsi senza alterare, oltre il necessario, le sue abitudini di vita.

10. Diritto alla famiglia

Ogni famiglia che si trova ad assistere un suo componente ha diritto di ricevere dal Servizio sanitario il sostegno materiale necessario.

11. Diritto alla decisione

Il cittadino ha diritto, sulla base delle informazioni in suo possesso e fatte salve le prerogative dei medici, a mantenere una propria sfera di decisionalità e di responsabilità in merito alla propria salute e alla propria vita.

12. Diritto al volontariato, all'assistenza da parte dei soggetti non profit e alla partecipazione

Ogni cittadino ha diritto a un servizio sanitario, sia esso erogato da soggetti pubblici che da soggetti privati, nel quale sia favorita la presenza del volontariato e delle attività non profit e sia garantita la partecipazione degli utenti.

13. Diritto al futuro

Ogni cittadino, anche se condannato dalla sua malattia, ha diritto a trascorrere l'ultimo periodo della vita conservando la sua dignità, soffrendo il meno possibile e ricevendo attenzione e assistenza.

14. Diritto alla riparazione dei torti

Ogni cittadino ha diritto, di fronte ad una violazione subita, alla riparazione del torto subito in tempi brevi e in misura congrua.

L'Albero della Vita Onlus

Chi siamo

L'Associazione nasce a Foggia nel 2013 come Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale" a servizio dei malati di cancro e delle loro famiglie. Non ha scopo di lucro, persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale, civile e culturale da realizzarsi attraverso l'esercizio della attività di assistenza sanitaria a favore delle persone ammalate di tumore.

Sostiene il riconoscimento del ruolo centrale dei malati nella pianificazione e nei processi decisionali da parte delle strutture che erogano assistenza sociale e sanitaria.

Si pone come interlocutore delle istituzioni politiche e culturali, per affermare i diritti dei malati di cancro e delle loro famiglie.

Si propone di sostenere l'assistenza sanitaria oncologica, nella forma di assistenza domiciliare a soggetti affetti da patologia neoplastica.

Cosa facciamo

Con lo scopo di migliorare il percorso di malattia del paziente oncologico l'associazione propone:

- interventi assistenziali per migliorare la qualità di vita del malato e dei suoi familiari, attraverso un'attenzione e cura alla persona e poi alla malattia;
- corsi di formazione, convegni e conferenze, diretti al miglioramento delle conoscenze e acquisizione di competenze in tema oncologico e di cure palliative;
- rapporti di collaborazione con istituzioni oncologiche nazionali ed estere, con Società Scientifiche mediche e paramediche e con Associazioni;
- organizzazione e collaborazione a progetti di ricerca anche tramite centri in campo scientifico oncologico e medico in generale, ai fini della prevenzione, diagnosi e cura;
- pubblicazione di giornali, libri, riviste di carattere scientifico e divulgativo, sia su supporto cartaceo che online; manifestazioni pubbliche con lo scopo di reperire fondi per assolvere allo scopo sociale dell'associazione.

segreteria@lalberodellavitaonlus.org ; Telefono 0881-070037

www.lalberodellavitaonlus.org

Siamo presenti su Facebook



Finito di Stampare nel mese di Febbraio 2015
da Web Service Via ASI Incoronata
Km 684+300 Foggia per conto di
L'Albero della Vita Onlus Foggia

Giovanni B. D'Errico

Medico di Medicina Generale
Direttore Associazione L'Albero della Vita Onlus Foggia
Specialista in Oncologia esperto in cure palliative

Giampiero Giuzio

Medico in Formazione Specialistica
in Medicina Generale
Formazione Specifica Provincia di Foggia

I diritti del malato oncologico

La pubblicazione ha il compito di rendere fruibili sia i diritti che il medico deve illustrare al paziente, sia i modi in cui avvalersene; liberamente tratto dalle già numerose pubblicazioni presenti questo lavoro vuole avvalersi dello stile domanda /risposta per essere il più possibile vicino alla realtà psicologica dell'individuo.

Ci auguriamo che questa pubblicazione rappresenti una guida informativa e di conoscenza sia per operatori sanitari e del volontariato che per i pazienti che si trovano ad affrontare un periodo delicato della propria vita.

Desideriamo ringraziare per la sensibilità mostrata nell'iniziativa i soci dell'associazione e il Comitato Scientifico.

Speriamo che in futuro altre realtà dedicate al paziente oncologico possano collaborare per migliorare la stesura dell'opera al fine di fornire un servizio utile ed efficace al malato oncologico.



*Una guida operativa,
ricca di informazioni utili
per usufruire
dei benefici di legge*