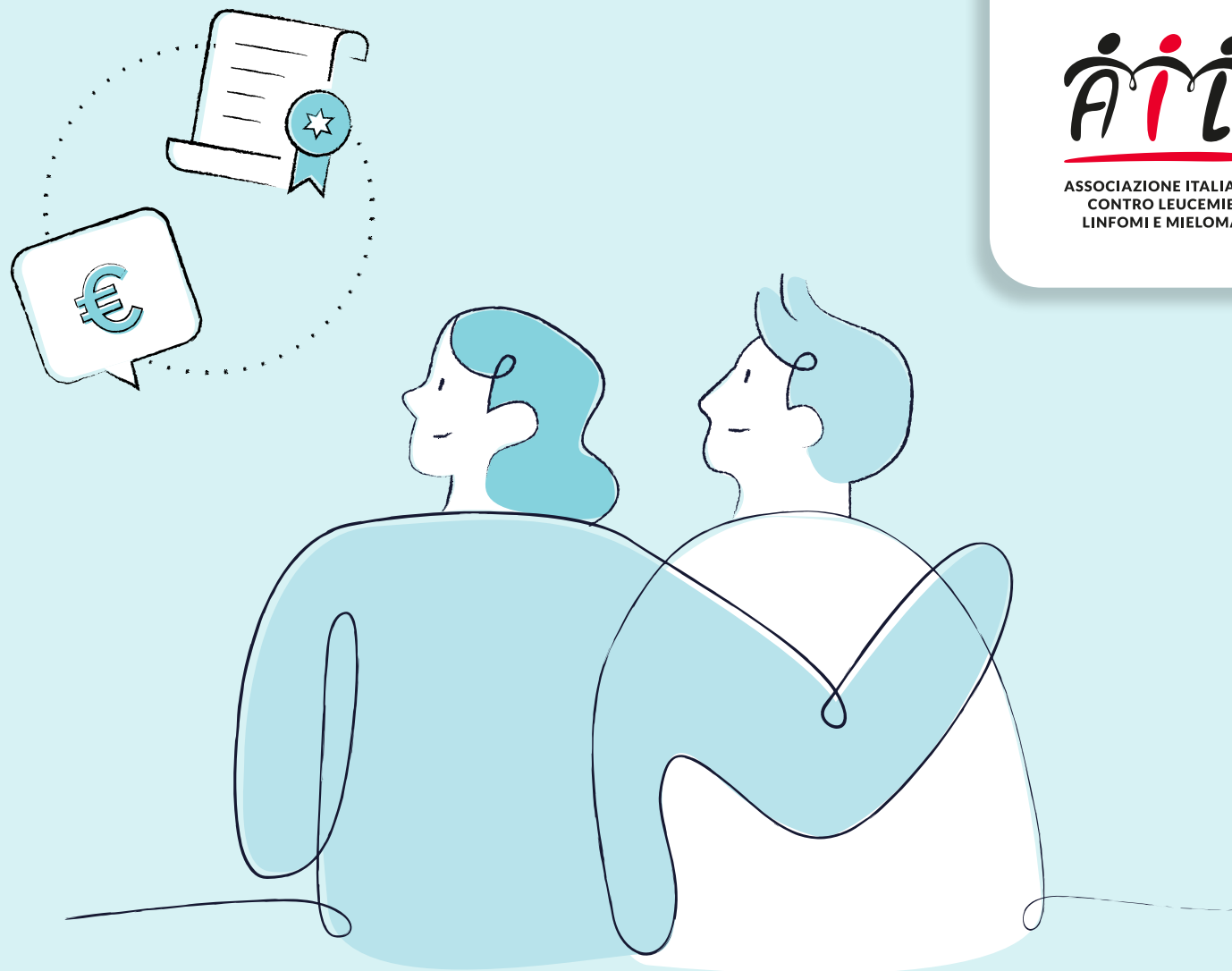




ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA



Diritti e agevolazioni

Opuscolo per **pazienti e familiari**

Testo a cura di Carlo Giacobini, consulente AIL
Progetto grafico e illustrazioni realizzate da Studio Super Santos
Finito di stampare nel mese di novembre 2024

Indice

- | | |
|-----------|---|
| 8 | Capitolo 1
Disabilità e riconoscimento |
| 22 | Capitolo 2
Lavoro |
| 34 | Capitolo 3
Salute |
| 44 | Capitolo 4
Agevolazioni fiscali |
| 54 | Capitolo 5
Servizi sociali |
| 60 | Capitolo 6
Diritto all'oblio oncologico |

Insieme
a voi



Care e cari pazienti e caregiver,

L'Associazione Italiana contro Leucemie, linfomi e mieloma sa bene che l'esperienza della malattia vi mette in contatto con emozioni, sentimenti, paure con cui può essere complesso venire a patti e che può essere faticoso condividere con chi si ama. Per questo da sempre la missione di AIL è assistere voi e le vostre famiglie accompagnandovi in tutte le fasi della malattia, con servizi adeguati alle vostre esigenze, per non farvi mai sentire soli; sostenere la ricerca scientifica per la cura dei tumori del sangue, migliorare la vostra qualità di vita e sensibilizzare l'opinione pubblica alla lotta contro le malattie del sangue e alla loro conoscenza.

L'opuscolo che state per leggere vuole essere un utile strumento informativo riguardante le norme legislative e i suggerimenti per gestire al meglio le questioni burocratiche per l'ottenimento dei diritti e delle agevolazioni che vi spettano in quanto pazienti o familiari di un paziente; e ancora, su tutte le novità relative al diritto all'oblio oncologico, un'importante legge, approvata anche grazie al lavoro della nostra Associazione in coordinamento con altre associazioni, che permette alle persone che hanno superato un tumore di non dover più fornire informazioni sulla malattia pregressa per accedere a servizi bancari, finanziari e assicurativi, a procedure concorsuali, al lavoro, alla formazione professionale e ai percorsi di adozione.

Tuttavia, è importante sottolineare che le normative vengono aggiornate continuamente; pertanto, il consiglio è di rivolgersi alla ASL di riferimento, all'ufficio INPS di zona, ai servizi sociali territoriali, ad associazioni o patronati che si occupano di assistenza e previdenza a livello locale o allo sportello sociale messo a disposizione online da AIL (sportellosociale.ail.it) o chiamando il Numero verde AIL 800 22 65 24 per avere servizi di consulenza gratuiti relativi a problemi ematologici, supporto psicologico e sportello sociale.

Buona lettura



Giuseppe Toro
Presidente Nazionale AIL

Disabilità e riconoscimento







Per accedere alle misure di assistenza sociale ed altri benefici è necessario che la persona venga valutata da specifiche commissioni pubbliche per il riconoscimento dello **status di invalido civile o di persona con handicap** (legge 104/1992), condizioni normalmente riconosciute, pur con diverse graduazioni, anche a persone con leucemie, linfomi o mieloma.

Perché richiedere l'accertamento

L'invalidità civile consente di accedere ad alcuni benefici e provvidenze economiche ed altre specifiche misure. L'handicap con connotazione di gravità è invece la condizione per fruire di alcune agevolazioni lavorative e in alcuni casi agevolazioni fiscali o supporti al diritto allo studio.

Si suggerisce sempre di **richiedere entrambi gli accertamenti** che generalmente avvengono nella stessa occasione e possono essere accorpate nella medesima domanda.

Come richiedere l'accertamento

Il riconoscimento di invalidità e di handicap si avvia rivolgendosi al proprio medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta) o a uno specialista autorizzato dall'INPS che redige il cosiddetto **certificato introduttivo**. Questo certificato, redatto telematicamente sul sistema INPS, riporta la patologia (diagnosi), l'anamnesi, la eventuale terapia farmacologica in atto e i dati del cittadino finalizzati alla successiva domanda di accertamento.

È **fondamentale** che il **medico annoti** nel certificato che l'interessato è affetto da una **patologia oncologica** perché questa precisazione dà diritto a un percorso accelerato di accertamento (entro 15 giorni dalla domanda) e di riconoscimento.

Il medico rilascia una ricevuta dell'inserimento del certificato nel sistema INPS. A questo punto è possibile presentare la **domanda di accertamento** vera e propria. Lo si può fare autonomamente entrando con lo SPID o con CIE (Carta d'Identità Elettronica)

nel sistema informatico INPS oppure rivolgendosi a un patronato sindacale o un'associazione autorizzata (ANMIC, ENS, UICI, ANFFAS).

In fase di presentazione della domanda si anticipano anche, tramite moduli predisposti dall'INPS, le informazioni socio-economiche (redditi e altro) utili poi nel caso vengano riconosciute provvidenze economiche.

L'allegazione della documentazione

Negli ultimi anni INPS ha messo a disposizione e sempre più ampliato la funzione di "**allegazione della documentazione sanitaria**" che può essere usata dopo aver presentato la domanda o anche in sede di revisione dell'invalidità.

Vi si accede attraverso MyINPS accreditandosi con SPID o CIE. Il sistema telematico consente di trasmettere documentazione sanitaria specialistica utile alla valutazione di invalidità o di handicap (legge 104/1992). È una funzione che può essere molto utile perché può consentire poi una valutazione solo sugli atti sanitari inviati senza convocazione a visita diretta.

È molto **importante** selezionare la **documentazione sanitaria** in modo efficace e in questo ci si può far consigliare dal medico curante o, meglio ancora, dallo specialista. Sono utili documenti recenti, lettere di dimissioni ospedaliere, relazioni di specialisti che riportino la situazione sanitaria generale e particolare, i trattamenti farmacologici, le terapie in corso e gli eventuali effetti collaterali.

La valutazione

La prima valutazione delle condizioni di invalidità civile o di handicap (legge 104/1992) sono di competenza di una **commissione pubblica** (ASL o INPS a seconda delle regioni) che può essere effettuata con convocazione a visita in presenza oppure, come detto più sopra, sugli atti, cioè analizzando la documentazione sanitaria inviata. Se questa è ritenuta sufficiente non si procede a convocazione a visita diretta. Va detto che la responsabilità finale dei relativi verbali è sempre dell'INPS anche se la prima valutazione è stata effettuata dalla ASL. È l'INPS che emette i verbali dopo le verifiche di competenza.

Durante la eventuale visita diretta presso la Commissione ASL o INPS l'interessato può farsi assistere, a proprie spese, da un **medico di fiducia**, ma soprattutto è importante presentare copia della documentazione sanitaria utile alla valutazione (es.: referti ed esami recenti, relazioni specialistiche, lettere di dimissione ospedaliera).

La valutazione si conclude, in ogni caso, con un **verbale** che successivamente viene inviato all'interessato e/o reso disponibile online (su MyINPS).

Nel caso dei **malati oncologici**, è prevista una **consegna tempestiva** del verbale e un immediato accesso a tutte le agevolazioni e prestazioni per invalidità civile e handicap, salvo successive verifiche. Il **verbale di invalidità** riporta la percentuale accertata e le eventuali condizioni sanitarie per la concessione dell'indennità di accompagnamento.

Il **verbale di handicap** (legge 104/1992) indica se è stata rilevata la connotazione di gravità (art. 3, comma 3) oppure no (art. 3, comma 1) oltre ad alcune altre annotazioni utili ad accedere a benefici economici.

Valutazione in caso di aggravamento

Nel caso in cui le condizioni di salute si aggravino nel tempo è possibile richiedere un nuovo accertamento di invalidità o di handicap, seguendo lo stesso iter (certificato introduttivo, domanda, allegazione della documentazione sanitaria, valutazione). Anche in questi casi è utile disporre di documentazione clinica che attesti l'avvenuto aggravamento.

La revisione

Come si è visto per lo status di invalidità o di handicap (L. 104/1992) può essere prevista e indicata nel verbale una **successiva revisione**.

Questo accade spesso nelle patologie di tipo oncologico, in particolare alla prima valutazione, ritenendo che possano esserci successivamente dei miglioramenti anche significativi.

La prassi invalsa negli ultimi anni prevede che la persona, **quattro mesi** prima della data di revisione, **venga avvisata** dell'imminente scadenza e venga invitata ad inviare (allegazione sanitaria) telematicamente la **documentazione sanitaria** specialistica aggiornata.

Se la documentazione viene ritenuta sufficiente alla valutazione, la Commissione emette il verbale senza convocare a visita diretta. In caso contrario può chiedere integrazione della documentazione oppure convocare a visita diretta.

Va segnalato che può accadere che la comunicazione per la revisione sia ben successiva ai quattro mesi e talora superi la stessa data indicata nel verbale.

Va ricordato però che tutti i **benefici**, inclusi quelli lavorativi, e le **provvidenze** legate al verbale in attesa di revisione **rimangono valide** fino alla avvenuta valutazione e alla definizione del verbale (legge 114/2014).

Il ricorso

Contro i verbali emessi dalle Commissioni mediche (ASL o INPS) che si intenda contestare è necessario presentare istanza di **accertamento tecnico preventivo**, entro sei mesi dalla notifica del verbale, presso il giudice ordinario con l'**assistenza di un legale**.

Nel caso di accertamento tecnico preventivo o del successivo ricorso davanti al giudice, è possibile farsi assistere da un patronato sindacale o da associazioni di categoria. In ogni caso è necessaria l'assistenza legale.

L'istanza di riesame

Oltre al ricorso (accertamento tecnico preventivo) nel caso in cui i verbali contengano evidenti errori o omissioni è possibile presentare all'INPS una **istanza di riesame in autotutela**.

L'istanza va sempre inviata via PEC alla direzione provinciale di riferimento, indicando tutti i dati relativi al verbale (data di definizione, numero di domanda ecc.) oltre ai dati anagrafici dell'interessato e segnalando gli elementi su cui si chiede una rettifica o una integrazione.

Generalmente è una soluzione a cui si ricorre nel caso in cui siano assenti le voci fiscali oppure siano erronee,

ma anche in tutti i casi in cui ci siano errori formali di varia natura. Molto di rado si usa questa modalità per contestare una percentuale di invalidità o una condizione di handicap, a meno che non sia evidente, ad esempio, che la Commissione non ha considerato atti o documenti effettivamente trasmessi.

Come leggere il verbale di invalidità civile

Chi ha richiesto l'accertamento dell'invalidità civile ed è stato sottoposto a visita riceve un verbale dall'INPS che indica lo status accertato. Il verbale può essere visibile anche sul proprio profilo MyINPS a cui si accede con SPID o CIE.

Il verbale è generalmente accompagnato da una comunicazione dell'Istituto che contiene:

- ✓ **le indicazioni dei tempi e delle modalità per l'eventuale ricorso;**
- ✓ **le istruzioni, le procedure e i documenti da presentare per ottenere le eventuali provvidenze economiche (se non si è già provveduto al momento della domanda);**
- ✓ **le indicazioni per controllare lo stato della domanda e per la consultazione online della rispettiva posizione (MyINPS a cui si accede con SPID o CIE).**

Per favorire la riservatezza dei dati personali i più recenti verbali sono trasmessi in due versioni differenti. Una versione con tutte le informazioni, anche quelle di natura strettamente sanitaria (quindi

dati sensibili) e una seconda versione con queste informazioni oscurate (gli omissis).

Questo secondo formato contiene informazioni comunque sufficienti per accedere a servizi e prestazioni previste dalla normativa, nazionale e regionale, vigente a favore delle persone con disabilità.

I verbali contengono inoltre:

- ✓ **dati anagrafici e relativi alla pratica;**
- ✓ **dati relativi alla condizione sanitaria rilevata;**
- ✓ **dati relativi alla valutazione proposta;**
- ✓ **dati relativi alla eventuale revisione.**

Le condizioni riconosciute

La voce più rilevante per capire a quali benefici si ha diritto è la **valutazione proposta**. Nei precedenti verbali questa voce veniva indicata con la dizione **"il richiedente è riconosciuto:"**.

È questa la voce che definisce lo status di invalido e indica il possesso dei requisiti sanitari per l'accesso a provvidenze economiche (pensioni, assegni, indennità) o a prestazioni specifiche.

Vediamo le voci normalmente riportate nei verbali.

"non invalido – assenza di patologia o con una riduzione delle capacità inferiore ad 1/3".

↳ *Non dà diritto ad alcun beneficio economico né a prestazioni agevolate di nessun tipo.*

“invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore ad 1/3 (art. 2, L. 118/1971)”.

↳ Consente solo l'accesso alle prestazioni protesiche connesse alla patologia. Ricordiamo inoltre che solo la percentuale di invalidità superiore al 45% dà diritto ad accedere ai benefici previsti dalle norme sul diritto al lavoro delle persone con disabilità, e cioè innanzitutto potersi iscrivere alle liste speciali di collocamento.

“invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore ai 2/3 (artt. 2 e 13, L. 118/1971)”

↳ Dà diritto all'assegno mensile di assistenza riconosciuto agli invalidi parziali. L'assegno è concesso solo nel caso l'interessato non superi un limite di reddito personale e risulti iscritto alle liste di collocamento (con le eccezioni previste).

“invalido con totale e permanente inabilità lavorativa (artt. 2 e 12, L. 118/1971): 100%”

↳ Dà diritto alla pensione di inabilità concessa agli invalidi civili totali che non superino un limite di reddito personale definito annualmente.

“invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/1980 e L. 508/1988)” oppure “con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988)”

↳ Questa codificazione dà diritto all'indennità di accompagnamento erogata indipendentemente dal reddito personale e a condizione che la persona non sia ricoverata a titolo gratuito in istituto.

“minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 hertz (L. 289/1990)”

↳ Questa codificazione dà diritto all'indennità di frequenza che, lo ricordiamo, è incompatibile con l'indennità di accompagnamento.

“minore con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988)” oppure “con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/1980 e L. 508/1988)”

↳ Questa codificazione dà diritto all'indennità di accompagnamento erogata indipendentemente dal reddito personale e a condizione che la persona non sia ricoverata a titolo gratuito in istituto.

“invalido ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 508/1988)” oppure “con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 508/1988)”

↳ Questa codificazione dà diritto all'indennità di accompagnamento erogata indipendentemente dal reddito personale e a condizione che la persona non sia ricoverata a titolo gratuito in istituto.

“invalido ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (L. 509/88 e D. lgs. 124/98)”

↳ Questa definizione non dà diritto ad alcuna prestazione di tipo economico ed è utile solo ai fini di altre agevolazioni (per esempio ticket sanitari, prestazioni sanitarie)

Dati relativi alla revisione

L'ultimo blocco di informazioni reca le indicazioni relative all'eventuale revisione nel tempo della situazione sanitaria valutata nel verbale.

I verbali recano due indicazioni:

- ✓ **Esonero da future visite di revisione in applicazione del DM 2/8/2007:**
indica espressamente l'esonero previsto dalla Legge 80/2006 per le patologie o affezioni elencate nel Decreto ministeriale 2 agosto 2007 per le persone titolari di indennità di accompagnamento o di comunicazione. In caso positivo l'interessato non verrà più convocato a visita né per revisione né per controlli di verifica a campione;
- ✓ **Revisione:**
indica se è prevista o meno una revisione; in caso positivo viene indicato il mese e l'anno della successiva revisione. Se non viene indicato nulla, la persona può comunque essere convocata per visite di controllo a campione, a meno che non sia espressamente previsto l'esonero di cui sopra. Va detto che dal 2014 i verbali per i quali è prevista una revisione rimangono validi fino all'emissione del verbale dopo la nuova visita di accertamento.

Le voci "fiscali"

Nella normativa italiana sono previste alcune **agevolazioni fiscali sui veicoli** destinati al trasporto delle persone con disabilità o su quelli specificamente adattati alla guida.

Le agevolazioni consistono in IVA agevolata (4% anziché 22%), detrazione in sede di dichiarazione

annuale dei redditi del 19% della spesa sostenuta, esenzione dal pagamento della tassa di circolazione e delle imposte sugli atti traslativi (imposte di trascrizione). Il legislatore ha fissato anche ulteriori requisiti sulla tipologia di veicoli ammessi e, per alcune agevolazioni, sulla cilindrata.

Tuttavia, tali agevolazioni non sono concesse alla generalità delle persone con disabilità, ma solo ad alcune "categorie" con l'obbligo aggiuntivo, in taluni casi, di adattamento obbligatorio del veicolo (adattamento al trasporto o adattamento dei dispositivi di guida secondo quanto prescritto in funzione dell'idoneità a condurre veicoli).

Per individuare il **diritto alle agevolazioni** e le condizioni per accedervi (adattamento obbligatorio o meno) è strettamente necessario che nei verbali di invalidità o di handicap risulti l'espresso riferimento alle fattispecie previste (in fasi successive) dal legislatore.

Dopo il 2012 i **verbali di invalidità** e di handicap hanno progressivamente raggiunto una strutturazione consolidata che consente più agevolmente questa analisi grazie all'adozione di più omogenee **definizioni**. Vediamole.

"ridotte o impedito capacità motorie (art. 8, Legge 449/1997)":

↳ *con questa indicazione nel verbale di invalidità o di handicap, la persona ha diritto ad accedere alle agevolazioni fiscali sui veicoli a condizione che il mezzo sia adattato in modo stabile al trasporto di persone con disabilità; in alternativa il veicolo deve essere adatto alla guida secondo le prescrizioni della Commissione preposta al riconoscimento dell'idoneità alla guida.*

“affetto da handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato l’indennità di accompagnamento (art. 30, comma 7, L. 388/2000)”:

↳ *in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali.*

“affetto da grave limitazione della capacità di deambulazione o da pluriamputazioni (art. 30, comma 7, L. 388/2000)”:

↳ *anche in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali.*

Può essere presente in alternativa la dizione *“l’interessato non possiede alcun requisito tra quelli di cui all’art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012 n. 5”*, il che significa che la Commissione non ha rilevato nessuna delle condizioni elencate sopra e ciò preclude l’accesso ai relativi benefici fiscali e relativi al “contrassegno invalidi”).

Il contrassegno di parcheggio per disabili

L’articolo 381 vigente del Regolamento del Codice della Strada (DPR 495/1992) prevede la concessione di un contrassegno che agevoli la mobilità delle persone con disabilità facilitando la circolazione e la sosta dei veicoli al loro servizio.

Dal 2012 quel documento è denominato **Contrassegno Unificato Disabili Europeo**, abbreviato **CUDE**. Lo stesso articolo 381 disciplina i criteri per il rilascio del contrassegno.

L’interessato ***“deve presentare la certificazione medica rilasciata dall’ufficio medico legale dell’Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l’autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta”.***

Il Regolamento impone, quindi, una **specificazione certificazione** e non prevede equipollenze nemmeno con un eventuale verbale di invalidità totale con indennità di accompagnamento a persona non in grado di deambulare autonomamente.

Per evitare la conseguente “doppia visita” (commissione di invalidità e medicina legale), dal 2012 una specifica normativa ha attribuito alla Commissione medica di accertamento (dell’invalidità o dell’handicap) il compito di annotare nei verbali anche la sussistenza della condizione richiesta dal Regolamento di attuazione del Codice della Strada.

Conseguentemente **i verbali di invalidità e di handicap** più recenti, qualora ricorrano le condizioni sanitarie previste dal Regolamento del Codice della Strada, **riportano l’annotazione:**

“persona con effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381, DPR 495/1992)”.

Chi è in possesso di quella certificazione può rivolgersi al proprio comune per il rilascio del contrassegno disabili ed usarlo sul proprio veicolo o su quelli al servizio della persona con disabilità titolare del CUDE.

In alcune particolari situazioni (intensità di traffico) è anche possibile richiedere l’assegnazione di un stallo riservato.

Come leggere il verbale di handicap

Chi ha richiesto l'accertamento dell'handicap (legge 104/1992) ed è stato sottoposto a visita riceve un verbale dall'INPS che indica lo status accertato. Il verbale può essere visibile anche sul proprio profilo MyINPS a cui si accede con SPID o CIE. Il verbale è generalmente accompagnato da una comunicazione dell'Istituto che contiene le indicazioni dei tempi e delle modalità per l'eventuale ricorso.

Come per il verbale di invalidità civile, per favorire la **riservatezza dei dati personali** i più recenti verbali sono trasmessi in due formati. Un formato con tutte le informazioni, anche quelle di natura strettamente sanitaria (quindi dati sensibili) e un secondo formato con queste informazioni oscurate.

Questo secondo formato contiene informazioni comunque sufficienti per accedere a servizi e prestazioni previste dalla normativa vigente, nazionale e regionale, a favore delle persone con handicap. I verbali contengono dati che si possono raggruppare in quattro aree:

1. **dati anagrafici e relativi alla pratica;**
2. **dati relativi alla condizione rilevata;**
3. **dati relativi alla valutazione proposta;**
4. **dati relativi alla eventuale revisione.**

Legge 104/1992: le condizione riconosciute

La voce più rilevante per capire di quali benefici si ha diritto è la **valutazione proposta**. Nei precedenti verbali questa voce veniva indicata con la dizione **"il richiedente è riconosciuto"**:
Nei verbali più recenti, rilasciati dopo la convalida dell'INPS, viene indicata una delle seguenti condizioni:

"Persona con handicap (articolo 3 comma 1, Legge 104/1992)":

↳ *indica la presenza di uno stato di handicap senza connotazione di gravità, che dà diritto comunque ad alcune prestazioni e benefici, mentre non è sufficiente per altri, primo fra tutti l'accesso ai permessi e ai congedi lavorativi;*

"Persona con handicap con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3, Legge 104/1992)":

↳ *riconosce che la minorazione, singola o plurima, ha ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, perciò la situazione assume connotazione di gravità.*

"Persona handicappata con un grado di invalidità superiore ai due terzi (articolo 21, Legge 104/1992)":

↳ *dà diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili per le persone assunte presso gli Enti pubblici come vincitrici di concorso o ad altro titolo. Non consente invece di accedere a permessi e congedi lavorativi.*

Legge 104:

i dati relativi alla revisione

Come per i verbali di invalidità, anche i verbali di handicap (legge 104/1992) l'ultimo blocco di informazioni reca le indicazioni relative all'eventuale revisione nel tempo della situazione sanitaria e dunque esclusione o meno da ogni futuro controllo anche a campione, o previsione di una data di revisione.

Anche i verbali di handicap contengono le "voci fiscali" presenti negli eventuali verbali di invalidità civile, dunque quelle annotazioni che consentono l'accesso alle agevolazioni fiscali e/o il contrassegno disabili (CUDE).

Pensioni e indennità per invalidità civile

Dall'accertamento dell'invalidità civile può derivare, a precise condizioni, l'erogazione di provvidenze economiche di natura assistenziale, diverse da quelle previdenziali riservate ai lavoratori (esempio, pensioni per cause di servizio, per incidenti sul lavoro, per sopraggiunta impossibilità a svolgere proficuo lavoro, di cui si parla in altro capitolo di questo opuscolo). Vediamo quali sono e quali le condizioni fissate.

Pensione di inabilità civile

La pensione di inabilità viene concessa agli invalidi totali (100% di invalidità) dai 18 ai 67 anni di età. È fissato un limite di reddito personale rivisto annualmente (nel 2024, 19.461,12 euro). Viene erogata per 13 mensilità e non è reversibile; ammonta a 333,33 euro (2024).

È compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa. Questa pensione è compatibile con l'indennità di accompagnamento riconosciuta agli invalidi civili non deambulanti o non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. È incompatibile con altre provvidenze concesse a seguito della stessa menomazione per causa di guerra, servizio lavoro. Al compimento dei 67 anni la pensione viene trasformata in assegno sociale.

La maggiorazione della pensione di invalidità civile

In forza di una sentenza della Corte Costituzionale (152/2020) e di un successivo provvedimento (decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, articolo 15) hanno diritto all'incremento previsto dall'articolo 38, comma 4, della legge 448/2001 anche gli invalidi civili totali o sordi o ciechi civili assoluti titolari di pensione o che siano titolari di pensione di inabilità previdenziale (legge 222/1984) dai 18 ai 60 anni.

Chi ha più di 60 anni ne aveva già diritto in precedenza. L'incremento massimo per invalidi civili totali è pari a **401,72 euro mensili** (2024). Quella cifra diminuisce se l'invalido, assieme alla pensione, percepisce altri introiti fino ad azzerarsi se si supera un determinato reddito (9.555,65 euro annui).

Per averne diritto (in tutto o in parte) non bisogna superare il reddito personale di euro 9.555,65 euro. Se coniugati il limite di reddito “coniugale” di riferimento è 16.502,98 euro.

Attenzione ai limiti reddituali: per il beneficiario coniugato vale un doppio limite, e cioè non deve disporre di redditi propri di importo superiore a 9.555,65 euro e – in aggiunta – i redditi cumulati con quelli del coniuge non devono superare i 16.502,98 euro.

Indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento per invalidità civile viene concessa alle persone che abbiano ottenuto il riconoscimento di **invalidi totali** e per le quali sia stata rilevata, in aggiunta, la **condizione di non** essere in grado di **deambulare** autonomamente o senza l'aiuto di un accompagnatore oppure di **non** essere **in grado di svolgere gli atti quotidiani** della vita.

L'indennità di accompagnamento viene erogata a prescindere dal reddito personale e dall'età. Ammonta a 531,76 euro (2024), viene erogata per 12 mensilità e non è reversibile. È incompatibile con il ricovero in istituto o RSA a totale carico dello Stato o di Enti locali. Nel caso di ricovero ospedaliero superiore ai 29 giorni non viene erogato il relativo rateo. È compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa e non pregiudica a priori la possibilità di mantenere la patente di guida.

Assegno mensile di assistenza

L'assegno mensile di assistenza spetta agli **invalidi civili parziali** (74 – 99% di invalidità) dai 18 ai 67

anni di età. È fissato un **limite di reddito personale** rivisto annualmente (nel 2024, 5.725,46 euro). Viene erogato per **13 mensilità** e non è reversibile; ammonta a 333,33 euro (nel 2024). È richiesta la condizione di inoccupazione.

La condizione di inoccupazione può essere mantenuta anche svolgendo attività lavorative, purché molto limitate in termini di compensi percepiti (circa 8.500 euro annui per lavoro dipendente e circa 5.500 euro per il lavoro autonomo).

L'assegno è **incompatibile** con l'erogazione di altre pensioni di invalidità erogate da altri organismi (es.: INPS, INPDAP ecc.) per le medesime condizioni fisiche. È inoltre incompatibile con pensioni di invalidità di guerra, lavoro e servizio. Al compimento dei 67 anni la pensione viene trasformata in assegno sociale.

Indennità di frequenza

L'indennità di frequenza per invalidità civile viene concessa quando nel verbale di invalidità è indicato: “minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 hertz (L. 289/1990)”.

Spetta ai soli minori che frequentano la scuola di ogni ordine e grado (anche l'asilo nido) o un centro di riabilitazione. È fissato un limite di reddito personale annuo (nel 2024, 5.725,46 euro). L'indennità ammonta a 333,33 euro (nel 2024). Viene erogata per il periodo della frequenza. È incompatibile con l'erogazione dell'indennità di accompagnamento che prevede altre condizioni sanitarie/assistenziali.

Assegni e pensioni previdenziali

Oltre alle pensioni e indennità per invalidità civile (che sono assistenziali) esistono anche forme di sostegno economico pensionistico di origine previdenziale (per i lavoratori).

Per i lavoratori che nel corso della loro carriera divengano parzialmente invalidi o non siano più in grado di svolgere proficuamente l'attività lavorativa, il sistema previdenziale ha predisposto strumenti di protezione specifica in aggiunta a quelli già previsti per gli invalidi civili. Le formule sono diverse per i dipendenti del comparto pubblico e di quello privato.

L'assegno ordinario di invalidità

L'assegno ordinario di invalidità è una prestazione economica erogata ai lavoratori la cui **capacità lavorativa** sia **ridotta a meno di un terzo** a causa di infermità fisica o mentale.

Spetta ai lavoratori dipendenti (esclusa buona parte dei dipendenti pubblici), autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri), ai lavoratori iscritti ad alcuni fondi pensione sostitutivi e integrativi dell'Assicurazione Generale Obbligatoria.

È necessario contare su almeno **260 contributi settimanali** (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda. In questo caso non è richiesta la cessazione dell'attività lavorativa, quindi può rappresentare un'utile integrazione del reddito, ad esempio, per coloro che hanno scelto

un'occupazione part-time. L'assegno è solitamente rinnovabile ogni tre anni viene stabilizzato e dopo tre conferme. Ottenuto il riconoscimento della condizione sanitaria, la domanda va presentata all'INPS, anche per via telematica.

La pensione di inabilità ordinaria

La pensione di inabilità è una prestazione economica erogata a favore dei lavoratori per i quali viene accertata **l'assoluta e permanente impossibilità** di svolgere qualsiasi **attività lavorativa** a causa di infermità o difetto fisico o mentale.

È necessario contare su almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

Hanno diritto alla pensione di inabilità i lavoratori: dipendenti; autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri), iscritti ai fondi pensione sostitutivi e integrativi dell'Assicurazione Generale Obbligatoria. L'erogazione di questa pensione è incompatibile con lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa e con l'iscrizione agli albi professionali. La domanda di accertamento va presentata all'INPS – per via telematica – una volta ottenuta la certificazione sanitaria.

Assegno per assistenza personale continuativa

I lavoratori invalidi, a cui è stata riconosciuta dalla Commissione medica dell'INPS l'inabilità lavorativa, possono richiedere anche **l'assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa** (circa 560 euro)

nel caso si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure abbiano necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Trattandosi di una provvidenza previdenziale non è da confondere con l'indennità di accompagnamento concessa agli invalidi civili: spetta solo ai lavoratori invalidi a cui sia stata riconosciuta l'inabilità lavorativa di cui si parla nei precedenti paragrafi.

L'assegno è **concesso su domanda** dell'interessato e può essere chiesto contestualmente alla domanda di pensione di inabilità.

I requisiti per presentare domanda d'inabilità lavorativa sono: avere un'infermità fisica o mentale che determini una invalidità tale da provocare una assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro; inoltre, è richiesta un'anzianità contributiva pari a 5 anni, anche non continuativi, dei quali almeno 3 anni versati nei 5 anni precedenti alla domanda di pensione. L'assegno diversamente dalla pensione di inabilità lavorativa, **non è reversibile** cioè non viene corrisposto ai superstiti.

L'assegno **non viene riconosciuto** durante i **periodi di ricovero** a carico dello Stato o di amministrazioni pubbliche. L'assegno viene ridotto nel caso i beneficiari fruiscano di prestazione analoga da parte di altri enti previdenziali. In questi casi INPS eroga l'eventuale differenza. L'assegno è incompatibile con l'assegno mensile di assistenza personale e continuativa corrisposto dall'INAIL.

L'assegno può essere compatibile con l'indennità di accompagnamento (invalidità civili) se non deriva dalla stessa infermità che ha dato luogo al riconoscimento della pensione di inabilità, ma in genere è incompatibile, o meglio: l'interessato deve scegliere

la prestazione di maggior favore. La domanda deve essere presentata all'INPS online direttamente dall'interessato anche assistito da un patronato sindacale. Alla domanda deve essere allegata la certificazione medica (mod.SS3 – Certificato medico / Cod. AP42).

Dipendenti pubblici: altre misure

I dipendenti del comparto pubblico possono fruire anche di altre forme di "pre pensionamento" che variano a seconda della limitazione delle loro capacità lavorative (compromissione delle proprie mansioni o dello svolgimento proficuo di qualsiasi attività) e a seconda dei versamenti contributivi. È sempre opportuno, prima di attivare i percorsi per forme di pensionamento anticipato, affidarsi ad un patronato sindacale per valutare l'importo finale del trattamento pensionistico e le eventuali incompatibilità.

Raccomandazioni

La decisione di attivare il percorso per accedere a prestazioni previdenziali pensionistiche dovrebbe sempre essere assunta con la consapevolezza anche degli importi del trattamento finale (pensione), assieme a tutte le altre condizioni.

Le variabili possono essere molte e aggiuntive alla condizione riconosciuta di invalidità. Comportano una valutazione e un conteggio per i quali è sempre opportuno rivolgersi a professionisti o a patronati che riescano a ricostruire i versamenti contributivi (reali e figurativi) stimando poi l'importo di pensione o assegno.

Lavoro







Esistono nella normativa italiana, e poi in alcuni contratti collettivi, alcune misure che consentono una certa flessibilità e agevolazioni per i lavoratori che si trovino in particolari situazioni di salute e, in alcuni casi, per i familiari che li assistano.

Agevolazioni lavorative

In ambito lavorativo esistono particolari agevolazioni o forme di tutela riservate da un lato ai lavoratori con disabilità certificata, dall'altro ai lavoratori che assistano congiunti con disabilità gravi. Gran parte di queste disposizioni discendono da provvedimenti di rango nazionale; altre, aggiuntive, derivano dagli specifici Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro. In genere le tutele e agevolazioni sono molto più solide nei rapporti di lavoro dipendente, mentre sono molto esili per i lavoratori autonomi e per i liberi professionisti.

I permessi “104” al lavoratore con disabilità

I dipendenti pubblici e privati hanno diritto a **permessi lavorativi** a condizione che siano in possesso del certificato di **handicap con connotazione di gravità** (art. 3, comma 3, legge 104/1992).

Questi permessi di **tre giorni al mese** o, in alternativa, di **due ore** al giorno sono **retribuiti** e coperti da contributi figurativi.

Questi permessi lavorativi, previsti dall'articolo 33 della legge 104/1992, non vengono concessi nel caso il lavoratore abbia ottenuto il solo riconoscimento dell'handicap senza connotazione di gravità (art. 3, comma 1, legge 104/1992). È dunque importante verificare cosa prevede il proprio verbale.

La **domanda** di concessione dei permessi va rivolta all'**azienda** o all'amministrazione pubblica nel caso il lavoratore sia rispettivamente un dipendente del

comparto privato o un dipendente pubblico. Nel caso dei lavoratori “assicurati” con INPS, la domanda va trasmessa sia all’azienda che all’Istituto usando gli specifici moduli disponibili sul sito dell’INPS (sezione “Moduli”), e allegando il verbale di handicap grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992). Ci si può far assistere in questo passaggio da un patronato sindacale.

Una volta concessi, l’articolazione dei permessi va concordata con l’azienda o con l’amministrazione. I tre giorni di permesso possono, se l’azienda è d’accordo, essere anche frazionati in ore.

Congedi per cure

I lavoratori con invalidità superiore al 50% possono richiedere fino a 30 giorni annui di **congedo per cure connesse alla propria infermità riconosciuta**. (riferimento legge 118/1971, Decreto legislativo 509/1988).

Il primo requisito è quello della **percentuale minima di invalidità**, fissata, da ultimo nel 1988, al 50%. Ma essere invalidi non è sufficiente: è necessario sia certificata la **necessità di cure** e che tali **cure** siano correlate all’infermità (affezione, patologia, o menomazione) invalidante già accertata, quale – ad esempio – una patologia oncologica.

Tornando alla procedura per l’ottenimento dei congedi, la condizione di malattia e la correlazione con l’origine dell’invalidità devono essere dichiarate – e quindi autorizzate – da un medico competente. La norma originaria si riferisce al “medico provinciale” le cui funzioni sono assorbite attualmente dall’Azienda sanitaria locale. La richiesta del congedo – unitamente alla

certificazione del medico ASL – va inoltrata dal lavoratore al datore di lavoro. La giurisprudenza ha più volte ribadito che il datore di lavoro **non ha alcuna discrezionalità** nella concessione del congedo e neppure nella limitazione della durata.

Il **datore di lavoro** non può, quindi, che **prendere atto** della comunicazione del lavoratore, che è obbligato a trasmetterla nelle forme previste dal proprio Contratto Collettivo di Lavoro o, se in questo non vi sono indicazioni, in modalità analoga alle comunicazioni relative alla “ordinaria” malattia. I congedi per cure sono retribuiti rientrando nella “categoria” di assenza per la malattia (2110, Codice Civile).

L’articolo 2118 del Codice Civile stabilisce che in caso di malattia il datore di lavoro ha diritto di recedere solo una volta che sia decorso il cosiddetto “**periodo di comportamento**” individuato dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL).

All’autonomia collettiva, cioè appunto ai vari CCNL, è demandata la possibilità di estendere quel periodo nelle particolari ipotesi di malattie lunghe, caratterizzate dalla necessità di cure post-operatorie, terapie salvavita e di una conseguente gestione flessibile dei tempi di lavoro. Le assenze per congedi per cure non vanno computati nel periodo di comportamento. Si tratta di un congedo ulteriore, peraltro “**retribuito a carico del datore di lavoro**”.

Le agevolazioni per i familiari

Non solo i lavoratori con grave disabilità ma anche i familiari di primo e secondo grado (eccezionalmente di terzo) che assistono un congiunto con **handicap grave** hanno diritto ai permessi lavorativi di **tre giorni**

mensili. I permessi, oltre che al coniuge, sono concessi ad ognuna delle parti dell'unione civile e al convivente della persona disabile in situazione di gravità.

Anche in questo caso la condizione fondamentale è che la persona da assistere sia in possesso del certificato di handicap con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3 della Legge 104/1992). Non è sufficiente la eventuale certificazione di invalidità civile neppure se totale.

I permessi sono retribuiti e coperti da contributi figurativi. La domanda di concessione dei permessi va rivolta all'azienda (o amministrazione) usando specifici moduli e allegando il verbale di handicap grave. Per i lavoratori assicurati con INPS (ambito privato), la domanda va trasmessa in copia anche all'Istituto.

I moduli si possono reperire presso qualsiasi CAF o Patronato sindacale oppure online sul sito dell'INPS. Una volta concessi, l'articolazione dei permessi va concordata con l'azienda o con l'amministrazione. I tre giorni di permesso possono, se l'azienda è d'accordo, essere anche **frazionati in ore**. In linea generale i permessi non sono concessi se la persona da assistere è ricoverata in istituto o in RSA. Per i ricoveri ospedalieri i permessi possono essere concessi se il reparto di ricovero rilascia una dichiarazione che è necessaria l'assistenza dei familiari.

I congedi biennali

I familiari conviventi (coniuge o la parte dell'unione civile o coppie di fatto, genitori, figli, fratelli/sorelle, parenti ed affini entro il terzo grado) della persona con certificazione di handicap grave, hanno diritto, oltre ai permessi, anche ad un **congedo retribuito** fino a **due anni**, anche frazionabile (Decreto legislativo 151/2001,

articolo 42). Questo congedo non spetta invece al diretto interessato. La domanda segue la stessa procedura prevista per i permessi mensili. Nel caso dei dipendenti privati la domanda va presentata all'INPS e al datore di lavoro (indicando il periodo nel quale si intende fruire del congedo). I dipendenti pubblici presentano la domanda alla propria amministrazione. Il congedo è retribuito (indennità) e coperto da contributi figurativi.

Il lavoro notturno

Lo svolgimento del lavoro notturno può rappresentare un sovraccarico per i familiari che assistono un familiare con una grave disabilità. Nell'ambito delle norme che regolano lo svolgimento del lavoro notturno, già dal 1977 era prevista una esenzione per le lavoratrici in stato di gravidanza, le quali, già allora, non potevano venire impiegate nel lavoro notturno.

Successivamente (articolo 17, Legge 5 febbraio 1999, n. 25) sono state introdotte ulteriori tutele a sostegno delle lavoratrici e dei lavoratori che debbano assistere figli o familiari.

Queste disposizioni indicano con chiarezza quali sono i lavoratori che **non possono obbligatoriamente** essere adibiti al **lavoro notturno**.

La **prima categoria** sono le lavoratrici madri di un figlio di **età inferiore a tre anni** o, alternativamente, i padri conviventi con le stesse.

La **seconda categoria** è quella della lavoratrice o del lavoratore che sia l'**unico genitore** affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni. Ma la normativa vigente prevede anche una **terza categoria** che non può essere obbligatoriamente

adibita al lavoro notturno. Si tratta dei lavoratori che **“abbiano a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104”**.

Il Ministero del lavoro (Risoluzione n. 4 del 6 febbraio 2009) ha precisato cosa si intenda per **“a carico”**. E cioè che **“tale assistenza non debba essere necessariamente quotidiana, purché assuma i caratteri della sistematicità e dell’adeguatezza rispetto alle concrete esigenze della persona con disabilità in situazione di gravità”**.

I lavoratori che possano dimostrare di assistere una persona con handicap (certificato ai sensi delle Legge 104/1992) possono ottenere l’esonero dai turni notturni facendone espressa richiesta alla propria azienda.

La sede di lavoro

Coniugare le esigenze familiari con quelle lavorative è un’impresa difficile per tutti, ma lo è ancora di più per i lavoratori che assistono familiari e per gli stessi lavoratori con disabilità. In queste difficoltà gioca un ruolo fondamentale la sede di lavoro. La scelta della **sede di lavoro, la richiesta di trasferimento, il rifiuto al trasferimento**: di tali aspetti si occupano gli articoli 21 e 33 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

I commi 5 e 6 dell’articolo 33 della Legge 104/1992 prevedono che il genitore o il familiare lavoratore e il lavoratore disabile hanno diritto a scegliere, **ove possibile**, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio. Questa disposizione, proprio a causa di quel **“ove possibile”**, si configura come un interesse legittimo, ma non come un diritto soggettivo insindacabile. Di fatto, quindi, l’azienda può opporre rifiuto motivandolo con ragioni di organizzazione del lavoro. Le condizioni per accedere a questo beneficio

sono comunque legate, per i familiari, all’effettiva assistenza del congiunto con disabilità. Anche per questo beneficio, come per i permessi lavorativi, non è richiesta la convivenza.

L’interpretazione ormai prevalente e consolidata è che l’agevolazione riguardi le persone con handicap con connotazione di gravità, beneficiarie di tutte le agevolazioni previste dall’articolo 33 della Legge 104/1992. Questa annotazione è necessaria in quanto il comma 5 non indica esplicitamente la gravità dell’handicap.

Una disposizione particolare (articolo 21) riguarda le persone handicappate **“con un grado di invalidità superiore ai due terzi”**.

Nel caso vengano assunti presso gli enti pubblici come vincitori di concorso o ad altro titolo, hanno diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili.

Il rifiuto al trasferimento

I commi 5 e 6 dell’articolo 33 della Legge 104/1992 prevedono che il genitore o il familiare lavoratore e il lavoratore disabile non possono essere trasferiti senza il loro consenso ad altra sede. Diversamente da quanto previsto per la scelta della sede, il **rifiuto al trasferimento** si configura come un vero e proprio diritto soggettivo. Si tratta infatti di una disposizione che rafforza ed estende quanto già previsto dal Codice Civile. All’articolo 2103 prevede, fra l’altro, che il lavoratore non possa essere trasferito da un’unità produttiva all’altra senza comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive.

In caso di violazione si può ricorrere al Giudice, previa eventuale diffida attraverso il legale, con fortissime probabilità che l’azienda soccomba in giudizio.

Conservare il lavoro

Esistono alcune norme che facilitano il mantenimento dell'attività professionale garantendo una certa flessibilità dell'impegno lavorativo, in particolare per le persone con patologie onco-ematologiche o oncologiche

Le mansioni lavorative

Innanzitutto le **mansioni assegnate** devono essere compatibili con lo stato di salute del lavoratore: questo vale per tutti i lavoratori.

Qualora si ritenga che non lo siano, il lavoratore (ma anche l'azienda) ha il diritto di richiedere, al medico competente, una specifica valutazione sanitaria.

Il medico può stabilire l'idoneità, l'idoneità limitata con prescrizioni (esempio evitare alcuni "lavori"), l'inidoneità alla mansione specifica.

Il giudizio di idoneità della lavoratrice o del lavoratore alla mansione «specifica» è uno dei passaggi fondamentali relativi alla **collocazione della persona** (anche in caso di disabilità certificata) nell'ambito dell'attività lavorativa.

Ma il giudizio di idoneità **non è necessariamente correlato all'assunzione**, in quanto è previsto che venga emesso ogni volta che il lavoratore viene adibito ad una mansione «specifica» (quindi anche durante lo svolgimento del percorso lavorativo) che prevede l'esposizione a rischi per la sua salute e sicurezza.

La precisazione "**specifica**" è importante: **presuppone la conoscenza** da parte del medico competente del posto di lavoro, **del contesto** delle mansioni. Non è generica e connessa solo all'eventuale patologia.

Il giudizio di idoneità deve essere redatto a cura del **medico competente**, quale figura obbligatoria, a carico e nomina del datore di lavoro, in ogni contesto lavorativo dove c'è almeno un lavoratore esposto a rischio specifico durante la sua mansione (ai sensi del Dlgs n. 81 del 2008 cioè del testo unico per la sicurezza sul lavoro).

Il **giudizio di idoneità alla mansione specifica** deve essere sempre espresso tenendo conto, oltre dalla valutazione dei rischi (che possono derivare anche da fattori di natura organizzativa), del sopralluogo effettuato dal medico competente, e dell'esito della sorveglianza sanitaria, che prevede le visite mediche e tiene conto di quanto pianificato nel protocollo sanitario e di rischio.

A fronte di un giudizio di inidoneità del lavoratore alla mansione specifica, occorre chiedersi se questa sia da riferire al lavoratore o al posto di lavoro.

Il **giudizio di idoneità** deve essere formulato **indipendentemente dalla natura del rapporto di lavoro** e dalla tipologia contrattuale.

Il decreto legislativo n. 81/2008 (articolo 41) definisce **l'elenco tassativo dei giudizi** che il medico competente è **obbligato** ad esprimere per iscritto ogni volta che visita i lavoratori, anche se richiesta dal lavoratore:

- a) **idoneità;**
- b) **idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;**
- c) **idoneità temporanea;**
- d) **inidoneità permanente.**

Nel caso dei **lavoratori con disabilità** il medico competente deve **avere cura** particolare soprattutto quando emette i **giudizi di idoneità parziale** con **prescrizioni** o limitazioni.

Il datore di lavoro **può licenziare** il lavoratore con disabilità (assunto per far fronte agli obblighi sul collocamento obbligatorio), **solo** nel caso in cui, se la motivazione è inidoneità, questo sia un giudizio espresso dalla competente Commissione.

Solo dopo che la Commissione abbia accertato ***“la definitiva impossibilità di reinserire il disabile all’interno dell’azienda, anche attuando i possibili adattamenti dell’organizzazione del lavoro, non essendo sufficiente il giudizio di non idoneità alla mansione specifica espresso dal medico competente nell’esercizio della sorveglianza sanitaria”*** è possibile risolvere il rapporto di lavoro delle persone con **disabilità obbligatoriamente assunte**, con la motivazione l’inidoneità alle mansioni a seguito dell’aggravamento delle condizioni di salute.

Il part-time

Una seconda opportunità da tenere a mente è la possibilità di trasformare il rapporto di lavoro da **tempo pieno** a **tempo parziale**. Per i lavoratori affetti da malattie oncologiche questo rappresenta un diritto che l’azienda non può rifiutare.

Il lavoratore può tornare successivamente al tempo pieno quando e se le condizioni fisiche glielo permettano.

Questo diritto spetta – come dice la normativa vigente – ai dipendenti pubblici e privati *“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” (Decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, articolo 8).

Quindi va prima chiesto l’**accertamento** di questa **condizione** alla ASL e poi va presentata formale richiesta all’azienda (o amministrazione) che non può rifiutare il passaggio a tempo parziale.

Il lavoratore che abbia ottenuto la concessione del tempo parziale ha diritto, a richiesta, a tornare nuovamente in rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il passaggio al tempo parziale è invece solo una priorità per il familiari. La **priorità** nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale è oggi prevista in due casi:

1. **in caso di *“patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice, nonché nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (...)”***;
2. **in caso di richiesta del lavoratore o della lavoratrice, con figlio convivente di età non superiore a tredici anni o con figlio convivente con grave disabilità (legge 104/1992 art. 3, comma 3).**

Il lavoro agile (smart-working)

La normativa vigente prevede già da anni una **priorità** nella concessione del lavoro agile a specifiche categorie (l'articolo 18, comma 3 bis, della legge 22 maggio 2017, n. 81).

L'articolo appena citato prevedeva che:

“I datori di lavoro pubblici e privati che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti in ogni caso a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità (...), ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.”

Una modifica introdotta nel 2022 ha **esteso questa priorità a:**

- ✓ **i dipendenti che fruiscano delle due ore di permesso giornaliero fino al terzo anno di vita del figlio con disabilità grave oppure dei permessi mensili per l'assistenza ad una persona che non sia necessariamente il figlio;**
- ✓ **i lavoratori con grave disabilità accertata (art. 3 comma 3, legge 104/1992);**
- ✓ **i dipendenti che rientrano nella nozione di caregiver familiare di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.**

Sul punto vi è anche una **indicazione antidiscriminatoria**: la lavoratrice o il lavoratore che richieda di ricorrere al lavoro agile non può essere

sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra modalità organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro e che ogni misura adottata in violazione della suddetta norma viene considerata nulla.

Va detto che, soprattutto in ambito pubblico, vi sono alcuni limiti generali alla concessione del lavoro agile, in quanto a durata, ad incidenza sul normale orario di lavoro, a mansioni ricoperte.

Pur non trattandosi di un diritto soggettivo, qualora ne ricorrano i presupposti e se lo si ritenga utile alla propria condizione, vale sempre la pena di presentare domanda di concessione di lavoro agile, anche facendo valere il principio dell' **“accomodamento ragionevole”**, cioè di quella soluzione che non comporti per il datore di lavoro oneri eccessivi o sproporzionati.

Le assenze per malattia

Può accadere che una persona affetta da patologia oncologica o onco-ematologica, per terapie contingenti o per il suo stato di salute, sia costretto ad **assenze per malattia** anche prolungate che sono comunque indennizzate. In linea generale il lavoratore ha diritto a conservare il posto di lavoro per un periodo che è stabilito dalla legge e dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL).

Questo periodo (che si chiama “periodo di comporto”) ha una durata variabile e può essere diverso a seconda del Contratto di riferimento. Alcuni CCNL – sia pubblici che privati – prevedono un periodo di comporto superiore per i lavoratori affetti da patologie oncologiche, in particolare nel caso di **ricoveri ospedalieri** o **terapie salvavita** o **day hospital**.

Alcuni CCNL poi escludono dal calcolo del periodo di comporto anche i giorni di assenza dovuti agli effetti collaterali delle terapie salvavita.

Ciò non solo prolunga indirettamente il periodo di comporto, evitando in taluni casi il licenziamento, ma garantisce anche per il paziente oncologico il mantenimento della retribuzione che, altrimenti, oltre certi limiti, sarebbe ridotta od addirittura azzerata. È bene informarsi presso il sindacato di riferimento: contratti/accordi aziendali e/o territoriali potrebbero prevedere poi altre agevolazioni.

Anche i **lavoratori autonomi** iscritti alla gestione separata dell'INPS possono usufruire dell'indennità di malattia quando costretti a sospendere, anche solo per un breve periodo, la propria attività a causa della malattia o delle terapie.

I **liberi professionisti** iscritti alle rispettive casse previdenziali devono, invece, riferirsi alle diverse forme di assistenza economica stabilite dalla cassa.

Visite di controllo e malattia

Molti lavoratori dipendenti con patologie ematologiche devono sovente assentarsi per visite mediche o per accertamenti o per terapie.

Sono situazioni differenti che bisogna approfondire per comprendere se l'assenza sia retribuita come permesso, indennizzata come malattia oppure non retribuita costringendo alla fruizione di ferie.

In alcuni casi e per un numero limitato di ore, alcuni **Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro**, in particolare pubblici prevedono la concessione di specifici permessi per visite mediche o per analisi. Per conoscere questa opportunità è necessario

controllare il proprio Contratto collettivo e le relative condizioni poste. Utile può essere rivolgersi al proprio sindacato di categoria. Sapere se ci sono dei permessi specifici per quei lavoratori che devono sostenere una visita medica – o anche sottoporsi ad analisi e terapie – è molto importante così come lo è capire **quando l'assenza viene retribuita**.

Iniziamo dall'assenza per **visite mediche che durano per tutta la giornata** o day hospital.

Come precisato già in una datata circolare dell'INPS (192/1996) chi deve assentarsi dal lavoro per sottoporsi ad una terapia ambulatoriale in regime di day hospital può richiedere un permesso retribuito in misura pari all'indennità di malattia.

L'assenza per sottoporsi a **visite mediche**, terapie e analisi è da considerare come l'assenza per malattia in presenza di alcune condizioni:

- ✓ **permanenza nella struttura sanitaria per tutto l'arco della giornata lavorativa;**
- ✓ **il tempo impiegato per rientrare non consente al lavoratore di tornare alla sede lavorativa entro il termine della giornata lavorativa;**
- ✓ **a parere del medico curante la terapia non è compatibile con l'attività lavorativa svolta, cioè vi sono degli effetti che lo rendono in quel giorno inabile allo svolgimento delle sue mansioni.**

Come per la malattia ordinaria, per giustificare l'assenza è necessario presentare l'apposita documentazione. Spetta alla struttura o al centro medico nel quale è stata effettuata la terapia, quindi, trasmettere telematicamente all'INPS la certificazione relativa. Nel caso invece di **assenza per visite** o accertamenti che **non durano tutta**

la giornata non è possibile accedere allo stesso trattamento previsto per le assenze per malattia. Eccezione ammessa: quegli accertamenti diagnostici che pur avendo una durata di poche ore sono urgenti e impossibili da svolgere in un orario non coincidente con quello ordinario di servizio, o anche tanto invasivi da richiedere una convalescenza anche limitata. Anche in questi casi alcuni Contratti Collettivi di lavoro prevedono trattamenti di maggior favore. Se il Contratto non prevede alcuna agevolazione rimane la possibilità di fruire di ferie o dei cosiddetti permessi retribuiti ROL.

Le visite fiscali per malattia

Il nostro sistema previdenziale prevede la copertura delle assenze per malattia fissando particolari regole per i lavoratori dipendenti sia pubblici che privati. La condizione di malattia che limita lo svolgimento di attività lavorativa va sempre certificata dal **medico curante** (medico di famiglia, pronto soccorso, guardia medica, specialista) e trasmessa telematicamente all'INPS. Di recente il compito di effettuare le relative verifiche è stato attribuito all'**INPS** sia per il comparto pubblico che privato. Le visite fiscali possono essere attivate dall'INPS, dal datore di lavoro o dalla pubblica amministrazione.

Di norma è fissato un obbligo di **reperibilità**. Da dicembre 2023, a seguito di una sentenza del TAR del Lazio che ha censurato l'incostituzionalità del diverso trattamento, è stata modificata la prassi INPS (Messaggio 4640/2023) per i dipendenti pubblici parificando l'obbligo di reperibilità a quello dei dipendenti privati.

Attualmente dunque gli **orari di reperibilità** sono gli stessi per i dipendenti pubblici e privati: dalle ore 10

alle 12 e dalle ore 17 alle 19.

Se il lavoratore risulta assente alla visita domiciliare viene invitato a recarsi, in una data specifica, presso gli ambulatori della struttura territoriale INPS di competenza. È comunque tenuto a presentare una giustificazione valida per l'assenza per non incorrere in eventuali azioni disciplinari da parte del datore di lavoro. È importante sapere, soprattutto per i pazienti con leucemie o patologie assimilabili, che sono riconosciute **esenzioni dalla reperibilità** in alcuni specifici casi:

- ✓ **una patologia grave che richieda terapie salvavita;**
- ✓ **uno stato patologico connesso alla situazione di invalidità già riconosciuta maggiore o uguale al 67%;**
- ✓ **una malattia per la quale sia stata riconosciuta la causa di servizio (solo per alcune categorie di dipendenti pubblici e per alcune condizioni più gravi).**

Attenzione:

*per evitare successivi disagi o l'attivazione di visite fiscali è molto importante che il **medico** che certifica la malattia **indichi** chiaramente se il paziente/ lavoratore rientra in una di queste condizioni che danno diritto all'**esenzione dalla reperibilità**. Il lavoratore, che ha l'obbligo di controllare il certificato, può richiedere la segnalazione della condizione che dà titolo a quella esenzione. È importante sottolineare che l'esenzione dall'obbligo di reperibilità non esonera da eventuali convocazioni per visite di verifica presso i gabinetti diagnostici dell'INPS.*

Il collocamento mirato

La normativa italiana prevede alcuni servizi e condizioni che dovrebbero agevolare l'ingresso nel mondo del lavoro di persone con disabilità.

È la cosiddetta disciplina del "collocamento mirato" intendendo significare che un sistema di valutazione e accompagnamento che tiene conto nelle condizioni personali (salute, formazione, aspettative, capacità presenti o attivabili) e si relaziona con il mondo del lavoro favorendo l'inclusione.

La stessa disciplina (legge 68/1999) pone anche degli obblighi di assunzione in capo ai datori di lavoro con almeno 15 dipendenti in modalità variabile a seconda del numero di addetti. Per le stesse aziende sono previste agevolazioni all'assunzione, ma anche sanzioni in caso di violazione della normativa.

I datori di lavoro privati possono assumere tramite convenzioni stipulate con i centri per l'impiego oppure con assunzioni nominative. Infine possono stipulare anche convenzioni di inserimento temporaneo con finalità formative oppure per persone con caratteristiche di difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario.

Possono assumere le persone con chiamata nominativa o con avviamento per graduatoria. I datori di lavoro pubblici possono invece assumere persone con disabilità tramite avviamenti a selezione riferendosi alle graduatorie pubblicate presso i centri per l'impiego oppure con concorso pubblico gestito direttamente dall'Amministrazione.

Per accedere a questi percorsi la persona deve appartenere alle cosiddette "categorie protette"; vi sono inclusi gli invalidi civili con almeno il 45% di invalidità riconosciuta che siano iscritti alle liste speciali di collocamento che siano sostanzialmente inoccupati o con occupazione molto limitata. Il primo passaggio per ottenere l'iscrizione alle liste speciali è richiedere l'accertamento della disabilità ai sensi della legge 68/1999.

Attenzione:

*si tratta di una valutazione **ulteriore all'accertamento** dell'invalidità civile e dell'handicap (legge 104/1992), ma l'iter è esattamente lo stesso: richiesta del certificato introduttivo presso il proprio medico curante, presentazione della domanda all'INPS (anche online), visita presso l'ASL o INPS, verbale di accertamento e valutazione.*

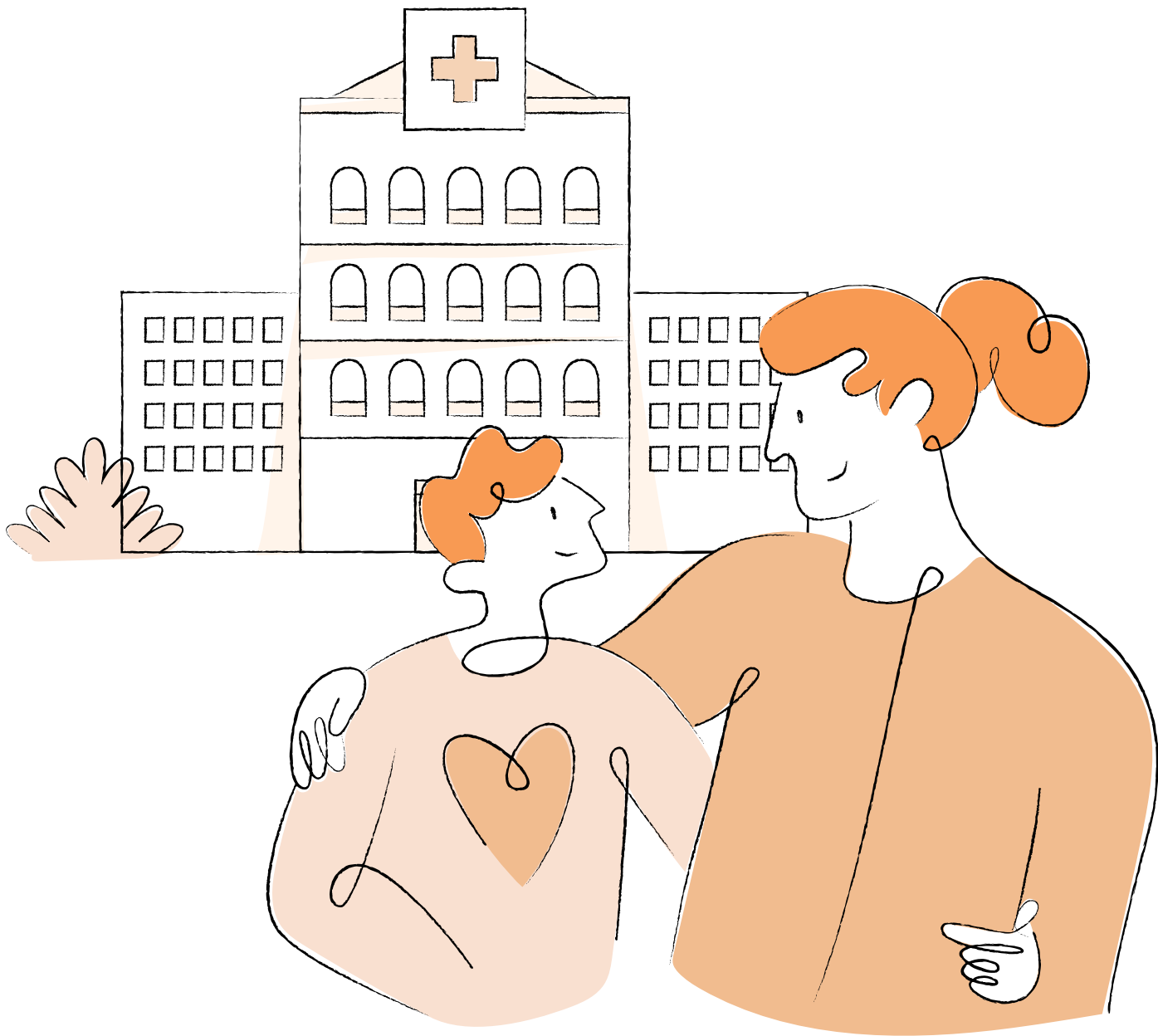
Con il verbale è possibile rivolgersi al Centro per l'impiego e richiedere, **se inoccupati**, l'iscrizione alle liste speciali di collocamento. L'iscrizione è utile sia per partecipare a concorsi pubblici, che talora prevedono una riserva per le categorie protette, sia nella autonoma ricerca di lavoro.

Chi è divenuto invalido (oltre il 60%) durante nel corso della sua carriera lavorativa può chiedere di **essere computato** dall'azienda **come lavoratore ex legge 68/1999** e quindi contare su maggiori tutele rispetto al rischio di licenziamento.

Il computo deve essere autorizzato dagli uffici del lavoro preposti. La domanda può essere presentata anche dall'azienda ma solo e sempre con l'avallo del lavoratore.

Salute







Il diritto alla salute è un diritto umano fondamentale sancito dalla Costituzione e da molti atti di rilevanza internazionale. Una buona sintesi di questi atti è rappresentata dalla **Carta Europea dei diritti del malato** che, anche per la modalità espositiva, contribuisce sia alla consapevolezza dei diritti di ognuno, sia ad orientare la deontologia degli operatori sanitari.

Tentiamo allora di riproporre gli elementi essenziali – che hanno ricadute pratiche assai concrete – anche per chi è affetto da patologie oncologiche e per i suoi familiari.

Diritti

Diritto a misure preventive:

↳ ogni individuo ha diritto a servizi appropriati per prevenire la malattia.

Diritto all'accesso:

↳ ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

Diritto all'informazione:

↳ ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, i servizi sanitari e il modo in cui utilizzarli, nonché a tutte quelle informazioni che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibili.

Diritto al consenso:

↳ ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alle sperimentazioni.

Diritto alla continuità delle cure:

↳ ogni cittadino ha il diritto di accedere alle cure continuativamente, questo significa che quando non c'è il medico di base, l'assistenza deve essere garantita da un medico sostitutivo o dal servizio di continuità assistenziale (ex Guardia Medica).

Diritto alla libera scelta:

- ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di informazioni adeguate.

Diritto alla privacy e alla confidenzialità:

- ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico chirurgici in generale.

Diritto al rispetto del tempo dei pazienti:

- ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in tempi brevi e predeterminati. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

Diritto al rispetto di standard di qualità:

- ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di standard ben precisi.

Diritto alla sicurezza:

- ogni individuo ha il diritto di non subire danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari o da errori medici e ha il diritto di accedere a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

Diritto all'innovazione

- ogni individuo ha il diritto di accedere a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, in linea con gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari:

- ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

Diritto a un trattamento personalizzato:

- ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze personali.

Diritto al reclamo:

- ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qualvolta abbia subito un danno e di ricevere una risposta.

Diritto al risarcimento:

- ogni individuo ha il diritto di ricevere un risarcimento adeguato, in tempi ragionevolmente brevi, ogni qualvolta abbia subito un danno fisico, morale o psicologico causato dai servizi sanitari.

Cittadino e paziente

L'esenzione ticket

Le patologie onco-ematologiche hanno un inquadramento normativo sovrapponibile alle patologie neoplastiche. Ciò comporta, in ambito sanitario, la concessione delle medesime esenzioni previste per i "Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto". Il codice relativo è lo 048.

L'attribuzione del **codice di esenzione 048** dà diritto a usufruire, senza partecipare alla spesa, delle prestazioni farmaceutiche e di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale inserite nei livelli essenziali di assistenza (LEA) appropriate per la patologia e le sue complicanze, nonché per la riabilitazione e la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. L'esenzione si ottiene rivolgendosi alla propria ASL presentando la certificazione rilasciata da un medico specialista che attesti la patologia. Il codice di esenzione è inserito nella tessera sanitaria e riportato dal medico nelle relative prescrizioni per farmaci o visite specialistiche. Il codice di esenzione 048 può essere concesso per un tempo limitato (cinque, dieci anni) oppure illimitato.

Nel caso l'esenzione sia limitata, alla scadenza va ripresentata la domanda con la relativa certificazione. Oltre al codice di esenzione 048, è importante ricordarne anche un altro, il **codice 052 (Soggetti sottoposti a trapianto)**, rilevante per tutti quei pazienti oncoematologici che sottoposti al trapianto del midollo osseo, Cellule Staminali Emopoietiche. Il codice 052 assicura le stesse prestazioni del codice 048, ma ha durata illimitata.

Attenzione:

*esistono anche ulteriori forme e codici di **esenzione riservate agli invalidi civili** e calibrate a seconda del grado di invalidità riconosciuta. Nel caso la persona, oltre alla condizione di paziente oncologico, sia in possesso di un verbale che attesta invalidità (generalmente superiore al 66%) può richiedere alla ASL anche l'attribuzione delle esenzioni ticket per invalidità che sono aggiuntive e differenti rispetto a quelle derivanti dal codice 048.*

L'assistenza sanitaria fuori sede

Può accadere che, per i motivi più disparati, una persona viva temporaneamente in un luogo diverso da quello in cui ha la sua residenza: per lavoro, studio, motivi familiari o sanitari ecc. Possono richiedere il domicilio sanitario tutti i cittadini già iscritti al Servizio Sanitario presso la propria ASL. Chi intende richiedere il domicilio sanitario deve **prima disdire il proprio medico di famiglia** che sarà indicato nella ASL di destinazione provvisoria.

La **richiesta** di domicilio sanitario va rivolta agli **uffici preposti della ASL** di dimora provvisoria. Solitamente alla domanda va allegata copia della propria tessera sanitaria e di un documento di riconoscimento oltre a documentazione a supporto del trasferimento provvisorio (esempio certificato di iscrizione all'università, dichiarazione del datore di lavoro ecc.). Un altro aspetto importante è quello delle visite e dei ricoveri presso **strutture fuori**

regione. In linea generale la normativa vigente tende a privilegiare percorsi diagnostici e di cura presso la regione di residenza. Le regioni disciplinano però la materia salvaguardando, pur con modalità differenti, il ricorso a cure appropriate e specialistiche anche fuori regione quando vi sia carenza di strutture adatte alla cura di determinate patologie.

In linea generale questi interventi sanitari possono essere richiesti quando si è in grado di dimostrare che le cure devono necessariamente effettuarsi fuori dal territorio regionale ed in una struttura specializzata; è solitamente necessaria la preventiva autorizzazione della competente ASL e se previsto dall'ordinamento regionale di residenza.

Ausili e protesi

Il Servizio Sanitario Nazionale, in applicazione dei LEA (Livelli Essenziali dell'Assistenza) fornisce gratuitamente ausili, ortesi e protesi alle persone con invalidità civile superiore al 33% e alle donne mastectomizzate, agli amputati d'arto, agli stomizzati, ai laringectomizzati, anche se in attesa del riconoscimento di invalidità.

La fornitura di questi prodotti prevede alcuni passaggi. Il primo è la prescrizione dettagliata e motivata che deve essere rilasciata da un medico Specialista, di norma della ASL di residenza (ma vi sono eccezioni per eventuali prescrizioni nel corso di ricoveri fuori ASL). La prescrizione deve essere presentata alla ASL di residenza che ne valuta l'ammissibilità e la autorizza. Con l'autorizzazione è possibile rivolgersi ad un fornitore per l'erogazione del prodotto autorizzato. La procedura è generalmente più snella nel caso di prodotti monouso (esempio cateteri o prodotti per incontinenza).

Il ricovero

Il paziente mantiene sempre il diritto ad avere **consapevolezza** del proprio stato di salute e quindi di richiedere e ottenere dai medici informazioni complete e comprensibili anche per mantenere integra la propria libertà di scelta.

Deve poter comprendere appieno la patologia diagnosticata, le diverse opzioni di cura o di intervento con i relativi rischi o vantaggi o effetti collaterali sulle sue condizioni di vita.

Durante il ricovero o il trattamento al paziente devono essere indicati con chiarezza lo specialista che l'ha in cura e dei collaboratori che l'hanno preso in carico.

Se durante il ricovero il paziente o i familiari intendono richiedere un ulteriore consulto medico esterno alla struttura, hanno diritto di ottenere una relazione medica dettagliata sulla situazione clinica, diagnostica e sulle terapie in corso.

All'atto delle dimissioni i medici devono fornire una relazione scritta per il medico di riferimento con le indicazioni più utili e sugli accertamenti effettuati. La lettera di dimissioni deve quindi essere chiara e completa circa i motivi e il quadro del ricovero e sulle terapie svolte e raccomandate.

La normativa vigente prevede che la cartella clinica può essere visionata dal paziente e anche dal suo medico di famiglia durante il ricovero.

Se il malato o la persona da lui delegata ne richiedono la copia integrale, questa deve essere consegnata entro 30 giorni dalla richiesta o immediatamente in caso d'urgenza documentata.

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

Visite urgenti e liste di attesa

Si tratta di un aspetto su cui in anni recenti è aumentata l'attenzione e la comprensibile conflittualità: riguarda il fenomeno di lunghe liste di attesa per visite e trattamenti sanitari che sospingono le persone a ripiegare su interventi a pagamento.

In realtà una norma poco nota (il decreto legislativo 124 del 1998) sancisce che se le attese per una prestazione sanitaria supera i termini previsti (in base all'urgenza sono previsti dei codici e dei giorni massimi di attesa) il paziente può chiedere

“che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti”. In sostanza il paziente potrà richiedere e ricevere la visita e l'esame in intramoenia pagando – se non è esente – il solo ticket. Nel caso invece ***“l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione”.***

Negli ultimi anni la situazione delle lunghe liste di attesa è divenuta sempre più pesante e fonte di gravi disagi per i Cittadini. Per fronteggiare questa emergenza è stato approvato il **Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa** che ha fissato nuove e più stringenti regole sul numero di prestazioni garantite e monitorate, sui tempi massimi di erogazione, sul ruolo delle strutture che hanno il paziente in carico, oltre che sulle tecnologie messe a

disposizione dei cittadini per usufruire dei servizi di prenotazione di visite, esami e ricoveri.

Il **rispetto dei tempi di attesa** dovrebbe essere garantito per tutte le prestazioni erogate dal SSN e dalla sanità regionale pubblica. Il Ministero della salute dovrebbe monitorare in modo puntuale e tenere sotto controllo particolare alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale (69 in totale, divise in 14 visite e 55 esami strumentali) e altre in regime di ricovero (17 in totale) per garantire l'aderenza alle indicazioni di attesa massima.

Ma dove è indicata **l'attesa massima**?

Dovrebbe sempre essere riportata nelle prescrizioni redatte dal medico seguendo le classi di priorità che corrispondono a queste sigle:

- U** con attesa massima 72 ore;
- B** con attesa massima 10 giorni;
- D** con attesa massima 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami;
- P** con attesa massima 120 giorni.

Anche per i ricoveri sono previsti tempi massimi: Per i ricoveri sono previste quattro classi di priorità, che corrispondono ad altrettante attese massime:

- A** con attesa massima 30 giorni;
- B** con attesa massima 60 giorni;
- C** con attesa massima 180 giorni;
- D** con attesa massima 12 mesi.

Anche in questo caso la sigla è indicata nella prescrizione del medico di famiglia o dello specialista.

In quali **disagi** può incorrere il Cittadino?

Fra i vari problemi **due in particolare** riguardano le liste di attesa. La prima è che al momento della richiesta di una prestazione ci si senta rispondere che le liste degli appuntamenti sono **momentaneamente bloccate**. In questo caso va segnalata la situazione e l'interesse diretto e indifferibile inviando una comunicazione ufficiale (raccomandata o meglio PEC) alla Direttore Generale della ASL, all'Assessorato alla Sanità della Regione richiedendo lo sblocco delle liste e l'applicazione dell'ammenda prevista dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa e dalle normative vigenti. Va inoltre contattato nuovamente il CUP per conoscere quali altre strutture possono erogare la prestazione anche in intramoenia.

Il secondo grave disagio è che sia disponibile una **data ben oltre i tempi massimi di attesa** espressamente previsti per la prestazione richiesta e indicati dal medico prescrittore. In questo caso, dopo avere accettato comunque l'appuntamento, è consigliabile inviare – meglio se via PEC – la **richiesta** di individuare la struttura pubblica o convenzionata in grado di erogare la prestazione di diagnostica o specialistica entro i tempi massimi stabiliti o autorizzare la prestazione in intramoenia **senza oneri aggiuntivi** oltre al ticket.

Nella richiesta vanno indicati i propri dati, i dati della prescrizione e la relativa sigla che indica la priorità. Essendo la questione oggetto di nuove norme di maggior favore, in via di approvazione nel momento di andare in stampa e che poi saranno oggetti di provvedimenti applicativi, si suggerisce di consultare il sito AIL Pazienti per gli aggiornamenti del caso.

La scelta del medico

Il cittadino italiano (o straniero che ne abbia titolo) ha diritto a scegliere liberamente il **medico di medicina generale** (quello che viene chiamato comunemente “medico di base”) o il **pediatra di libera scelta**.

La libertà di opzione riconosciuta agli utenti può essere esercitata entro il limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata. Questa forma di assistenza include numerose prestazioni quali visite in ambulatorio, assistenza domiciliare, prescrizione di farmaci e/o accertamenti diagnostici, certificazioni. Inoltre è tutelata la libertà di scelta del luogo di cura.

Il medico può svolgere anche prestazioni non comprese negli accordi con il Servizio Sanitario; in questo caso è un'**attività libero professionale** per la quale il professionista richiede una parcella. Il cittadino può scegliere di **cambiare medico** in qualunque momento senza motivare la revoca. Il referente rimane l'Ufficio anagrafe del Distretto sanitario di residenza. L'indicazione o la revoca o la modifica del medico di fiducia sono operazioni che sempre più possono essere svolte per via telematica (anche attraverso il fascicolo sanitario elettronico).

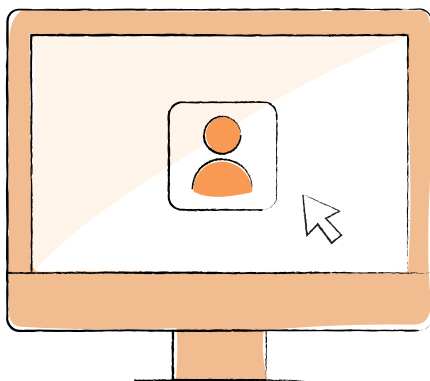
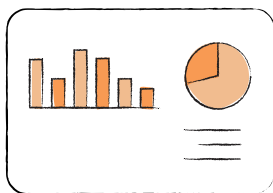
Consenso informato

La legge (217/2019) stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti stessa dalla legge.

Ogni persona ha, dunque, il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in

modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto dei trattamenti proposti.

Il paziente, se lo desidera, può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le suddette informazioni oppure indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece.



Il Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dovrebbe costituire uno dei pilastri della Sanità Digitale e favorire efficienza, velocità, ottimizzazione dei servizi a tutto favore del Cittadino nel momento della sua presa in carico come paziente ma anche nei momenti in cui voglia accedere a prestazioni e servizi.

Purtroppo, ad un decennio dalla sua strutturazione, **non trova ancora piena** e uniforme **attuazione** in tutto il Paese e alcune funzionalità sono ancora compresse e differenti anche perché alcune competenze rimangono comunque in capo alle singole regioni. I dati destinati al FSE dovrebbero essere inseriti dalle strutture e servizi del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Cosa contiene il Fascicolo?

Dovrebbe contenere almeno una **base minima di dati**: quelli identificativi e amministrativi dell'assistito; referti; verbali pronto soccorso; lettere di dimissione; profilo sanitario sintetico; dossier farmaceutico; consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti.

Sempre nel FSE dovrebbero dunque **confluire** tutte le **informazioni sanitarie** che descrivano lo **stato di salute dell'assistito** e tutti i documenti sanitari, come ad esempio prescrizioni di medicinali, prescrizioni di visite specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o con l'ausilio di altra strumentazione diagnostica, inviti a screening e relativi referti, referti

di laboratorio, referti radiologici, referti di visite specialistiche, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione ospedaliera, vaccinazioni effettuate. Inoltre il fascicolo sanitario elettronico deve contenere i documenti di “consenso informato” (art 1 comma 4 della legge 219/2017). È in previsione inoltre l'intento di inserire nel FSE tutti i dati relativi all'accertamento delle condizioni di disabilità.

Un ultimo importante documento che dovrebbe essere integrato nel Fascicolo è il **Profilo Sanitario Sintetico** (PSS), una sorta di “carta d'identità sanitaria” dell'assistito.

Il Profilo dovrebbe essere redatto e aggiornato dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta per garantire una continuità assistenziale e una migliore qualità di cura soprattutto in situazioni di emergenza o in mobilità.

Al suo interno dovrebbero essere inclusi, oltre ai dati identificativi del paziente e del suo medico curante, tutte le informazioni cliniche che descrivono lo stato dell'assistito come, ad esempio, la lista dei problemi rilevanti, le diagnosi, le allergie, le terapie farmacologiche per eventuali patologie croniche e tutte le indicazioni essenziali per garantire la cura del paziente. In caso di variazione del medico che ha in cura il paziente, il nuovo professionista dovrebbe mantenere il Profilo precedentemente generato e integrarlo o redigerne uno nuovo.

Attraverso l'uso del fascicolo sanitario elettronico si stanno consolidando sempre più funzioni ulteriori. Ad esempio dovrebbe essere ormai possibile su tutto il territorio nazionale usare il FSE per revocare il medico di famiglia o indicarne uno nuovo.

Come si attiva il Fascicolo

L'attivazione del FSE da parte dei cittadini può avvenire secondo diverse modalità a seconda della Regione.

Tra le possibili **modalità di attivazione** ci sono:

- ✓ **attivarlo attraverso il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta ;**
- ✓ **attivarlo presso strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale;**
- ✓ **attivarlo direttamente on-line tramite un portale dedicato e con le autenticazioni necessarie (generalmente SPID o CIE);**
- ✓ **attivarlo presso sportelli dedicati al cittadino o in Punti Territoriali di Accesso (PTA) (anche presso altre PA, come ad esempio presso i comuni di residenza)**

È sempre prevista la richiesta al Cittadino di un **esplicito e libero consenso**, a seguito della presa visione dell'informativa completa che spiega che cos'è il FSE, cosa comporta la sua attivazione, quali sono le sue finalità, chi può consultarlo e chi può alimentarlo, come revocare il consenso e come oscurare alcuni dati.

A questo punto l'**assistito può accedervi** tramite le credenziali e le modalità d'accesso stabilite dalla normativa e previste dalla regione/provincia autonoma di assistenza ed iniziare a consultare la documentazione in esso contenuta.

Agevolazioni fiscali







La normativa tributaria italiana riconosce alcune agevolazioni fiscali su alcune spese, prodotti e servizi che le persone con disabilità o i loro familiari devono sostenere proprio a causa della loro condizione.

I meccanismi di agevolazione previsti sono diversi a seconda che interessino l'IRPEF (denuncia dei redditi) o l'acquisto diretto di un prodotto (IVA).

Concetti da conoscere

Per orientarsi al meglio fra le agevolazioni fiscali è bene conoscere alcuni concetti base che le governano.

Detraibilità:

↳ *le spese sostenute si detraggono dall'imposta lorda che si deve allo Stato; questa sottrazione è effettuata in percentuale; ad esempio le spese sanitarie sostenute possono essere detratte in ragione del 19%. Le spese ammesse alla detrazione sono indicate dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi e dalle istruzioni per la compilazione dei Modelli 730. Il meccanismo è, quindi, ad esempio il seguente: se si è sostenuto una spesa (ammessa alla detrazione) di euro 1.000, si potrà detrarre dall'imposta che si deve allo Stato (euro 190).*

Deducibilità:

↳ *è ammessa solo per pochi oneri (es. spese di assistenza specifica ad una persona con disabilità) e consente di sottrarre le relative spese sostenute e documentate dal reddito complessivo. Supponendo quindi che il reddito complessivo sia di 20.000 euro, e la spesa deducibile pari a 2.000 euro, il calcolo dell'imposta dovuta allo Stato sarà effettuato su 18.000 euro.*

Aliquota IVA agevolata:

↳ *la normativa vigente prevede varie aliquote IVA su prodotti o servizi (4, 5, 10, 22%) che si versano al momento dell'acquisto o della cessione. L'IVA ordinaria è quella del 22%, ma su alcuni prodotti o servizi destinati alle persone con disabilità si applica, a precise condizioni, l'IVA ridotta (4%).*

Familiari a carico:

↳ *Il contribuente può generalmente fruire delle agevolazioni fiscali per sé e per spese sostenute per familiari a carico. Perché un familiare sia considerato a carico fiscale vengono fissate due condizioni:*

- *La condizione di parentela e affinità: sono considerati familiari a carico dal punto di vista fiscale: il coniuge non legalmente ed effettivamente separato; i figli, compresi quelli naturali riconosciuti, gli adottivi, gli affidati e affiliati; altri familiari (genitori, generi, nuore, suoceri, fratelli e sorelle), a condizione che siano conviventi o che ricevano dallo stesso un assegno alimentare non risultante da provvedimenti dell'autorità giudiziaria.*
- *I limiti reddituali del familiare: possono essere considerati a carico solo se non dispongono di un reddito proprio superiore 2.840,51 euro al lordo degli oneri deducibili (sono esclusi alcuni redditi esenti fra i quali le pensioni, indennità e assegni corrisposti agli invalidi civili, ai sordi, ai ciechi civili).*

Le agevolazioni su ausili e sussidi tecnici

Ausili e protesi possono contribuire a migliorare la qualità della vita e a compensare eventuali menomazioni.

Il Servizio Sanitario Nazionale prevede, a precise condizioni, la fornitura di gran parte di essi dietro prescrizione medica e verifica amministrativa. Ma quegli stessi prodotti possono essere anche acquistati direttamente dai diretti interessati o dai

loro familiari. In questi casi sono previste agevolazioni fiscali sia al momento dell'acquisto (IVA ridotta al 4%) che, successivamente, in sede di denuncia dei redditi (detrazione come spesa sanitaria).

L'IVA agevolata sugli ausili

I prodotti che possono godere dell'IVA agevolata sono espressamente elencati dalla normativa tributaria vigente: apparecchi di ortopedia (comprese le cinture medico-chirurgiche); oggetti ed apparecchi per fratture (docce, stecche e simili); oggetti ed apparecchi di protesi dentaria, oculistica ed altre; apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi ed altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità; poltrone e veicoli simili per invalidi anche con motore o altro meccanismo di propulsione; i servoscala e altri mezzi simili atti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie; protesi e ausili inerenti a menomazioni funzionali permanenti.

Per ottenere l'applicazione dell'IVA agevolata è necessario ottenere una specifica **prescrizione** autorizzativa rilasciata da un medico specialista dell'Azienda ASL di appartenenza nella quale si faccia anche riferimento alla menomazione permanente dell'acquirente, oltre all'indicazione del prodotto.

Nessuna disposizione indica in modo perentorio quale medico possa emettere questa prescrizione, quindi è consigliabile richiederla allo specialista da cui si è seguiti purché operi come dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.

La detrazione della spesa per gli ausili

La spesa per ausili e protesi può essere detratta in sede di denuncia annuale dei redditi dal diretto interessato o dal familiare di cui sia eventualmente a carico fiscale. La relativa fattura di cui si deve disporre può essere indifferentemente intestata alla persona con disabilità o al familiare.

Tra gli ausili detraibili rientrano: le carrozzine per disabili; apparecchi per il contenimento di fratture, ernie e per la correzione dei difetti della colonna vertebrale; l'acquisto di arti artificiali per la deambulazione; ausili per il sollevamento (sollevatori, piattaforme elevatrici, servoscala, carrozzine montascale).

La **detrazione** si applica integralmente, e cioè sempre nella misura del **19% della spesa**, ma senza che venga applicata la franchigia prevista per altre spese. Per ottenere tale detrazione è necessario disporre di una prescrizione del medico curante (non necessariamente il medico di famiglia); in alternativa alla prescrizione medica, il contribuente può rendere, a richiesta degli uffici, un'autocertificazione per attestare la necessità per il contribuente o per i familiari a carico di acquistata la protesi, l'ortesi o l'ausilio.

Può, ovviamente, essere usata anche la stessa prescrizione autorizzativa rilasciata dallo specialista dell'Azienda USL ai fini dell'agevolazione IVA. È necessario, infine, essere in possesso della certificazione che testimonia una invalidità permanente (esempio certificato di handicap o quello di invalidità).

La detrazione delle spese per la parrucca

Una risoluzione dell'Agenzia delle entrate (risoluzione n. 9/E del 16 febbraio 2010) ha riconosciuto *"la funzione della parrucca di correzione di un danno estetico conseguente ad una patologia e, contemporaneamente, di supporto in una condizione di grave disagio psicologico, non vi sono dubbi sulla possibilità di caratterizzare tale funzione come sanitaria."*

È dunque possibile portare in detrazione la spesa documentata per l'acquisto di una parrucca nel caso la persona sia un paziente oncologico. Oltre al documento che attesta l'acquisto, viene richiesta la certificazione medica che attesti i trattamenti antitumorali cui è sottoposta la persona che ha acquistato la parrucca per la quale si richiede la detrazione. Va ricordato che pressoché tutte le **regioni**, con propri provvedimenti, hanno previsto per questi casi l'**erogazione di un contributo**. Variano gli importi, i requisiti richiesti per l'accesso, le procedure. Nel caso venga erogato un contributo, va poi detratto in sede di denuncia dei redditi l'importo effettivamente rimasto a carico del contribuente (che solitamente è comunque largamente prevalente).

I sussidi tecnici e informatici

Godono delle stesse agevolazioni previste per gli ausili veri e propri anche altri prodotti che possono essere utili all'autonomia personale delle persone con disabilità.

Questi prodotti sono stati indicati dal legislatore come sussidi tecnici e informatici e ne è stata data la seguente definizione:

“le apparecchiature e i dispositivi basati su tecnologie meccaniche, elettroniche o informatiche, appositamente fabbricati o di comune reperibilità, preposti ad assistere alla riabilitazione, o a facilitare la comunicazione interpersonale, l’elaborazione scritta o grafica, il controllo dell’ambiente e l’accesso alla informazione e alla cultura in quei soggetti per i quali tali funzioni sono impedito o limitate da menomazioni di natura motoria, visiva, uditiva o del linguaggio”.

Come si potrà notare, potenzialmente sono inclusi nell’agevolazione un gran numero di prodotti; si pensi, ad esempio, al computer, al modem, ai comandi per il controllo dell’ambiente domestico o di lavoro. Come per gli ausili è prevista l’applicazione dell’IVA agevolata (4%) al momento dell’acquisto e la possibilità di detrarre il 19% della spesa al momento della denuncia dei redditi.

Similmente agli ausili, anche per i sussidi tecnici è richiesta la **prescrizione autorizzativa** di un **medico specialista** della ASL che indichi il tipo di prodotto prescritto, ma anche il collegamento funzionale con il tipo di menomazione e la sua finalizzazione. Per chi è in possesso di un verbale di handicap o di invalidità successivo al 4 maggio 2021, la prescrizione autorizzativa può essere rilasciata anche dal **medico curante**. Solo se viene presentato tale documento, assieme alla documentazione che attesta l’invalidità, il venditore del prodotto può applicare l’aliquota IVA agevolata.

Al contrario, per ottenere la detrazione IRPEF della spesa può essere sufficiente anche una certificazione emessa dal medico curante, unitamente alla fattura che testimonia l’acquisto e che può essere indifferentemente intestata alla persona con disabilità o al familiare che ce l’ha eventualmente a carico fiscale.

Le agevolazioni fiscali sui veicoli

I disabili o i loro familiari che acquistano un veicolo (auto o, in alcuni casi, motoveicolo) possono contare su alcuni benefici fiscali: l’IVA agevolata, la detraibilità IRPEF, l’esenzione dal pagamento del bollo auto e l’esenzione dalle imposte di trascrizione sui passaggi di proprietà.

Non è tuttavia sufficiente essere in possesso di certificazione di invalidità o di handicap, ma è necessario che questi documenti indichino anche specifiche menomazioni: motorie o della deambulazione, sensoriali (cecità, ipovisione o sordità) o intellettive. Ciò spesso costituisce un motivo di esclusione per alcune patologie onco-ematologiche oppure oncologiche se queste affezioni, quand’anche severe, non comportano quelle menomazioni.

È quindi strettamente necessario, per poter accedere alle agevolazioni di cui si parla, che il verbale di handicap (grave, legge 104/1992 articolo 3 comma 3) o invalidità riportino formalmente le indicazioni previste dalla norma e cioè:

“ridotte o impedito capacità motorie (art. 8, Legge 449/1997)”:

↳ *con questa indicazione nel verbale di invalidità o di handicap, la persona ha diritto ad accedere alle agevolazioni fiscali sui veicoli a condizione che il mezzo sia adattato in modo stabile al trasporto di persone con disabilità; in alternativa il veicolo deve essere adatto alla guida secondo le prescrizioni della Commissione preposta al riconoscimento dell’idoneità alla guida.*

“affetto da handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato l’indennità di accompagnamento (art. 30, comma 7, L. 388/2000)”:

↳ *in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali.*

“affetto da grave limitazione della capacità di deambulazione o da pluriamputazioni (art. 30, comma 7, L. 388/2000)”:

↳ *anche in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali.*

L’IVA agevolata

L’IVA agevolata (4%) è riservata ai veicoli con cilindrata fino a 2000 centimetri cubici, se a benzina, e 2800 centimetri cubici, se con motore diesel, che rientrino in una delle seguenti categorie: motocarrozette, motoveicoli per trasporto promiscuo, autovetture, autoveicoli per trasporto promiscuo o specifico.

Si può beneficiare di questa agevolazione solo una volta ogni quattro anni, salvo cancellazioni dal Pubblico Registro Automobilistico avvenute prima della scadenza del quadriennio o in caso di perdita di possesso.

L’IVA agevolata si applica al momento dell’acquisto del veicolo presentando a chi vende la documentazione necessaria per dimostrare la propria tipologia della propria disabilità. Si usano abitualmente i verbali rilasciati dall’INPS che attualmente riportano le voci fiscali, con le parti della diagnosi e dell’anamnesi oscurati (la versione con gli omissis).

La detrazione IRPEF

La detrazione IRPEF, che può essere fatta valere al momento della denuncia dei redditi, è pari al 19% della spesa sostenuta per l’acquisto e l’eventuale adattamento dell’auto. Questa cifra va sottratta dall’imposta lorda che, per quell’anno, si deve all’erario e può essere suddivisa in quattro quote annuali di pari importo. La spesa ammissibile alla detrazione è di 18.075,99 euro (al 19%). La detrazione spetta solo ogni quattro anni. Tuttavia nel caso in cui il veicolo sia cancellato (distruzione, rottamazione) dal Pubblico Registro Automobilistico prima dei quattro anni, è possibile accedere nuovamente al beneficio. In caso di furto e non ritrovamento del mezzo, è possibile usufruire nuovamente della agevolazione, ma sottraendo dalla spesa di 18.075,99 euro il relativo rimborso assicurativo.

Per detrarre la spesa, anche suddividendola in quattro quote annuali di pari importo, è necessario ovviamente disporre della fattura relativa al veicolo che deve risultare intestata al disabile o a familiare cui sia fiscalmente a carico.

Il bollo auto e le imposte di trascrizione

L’esenzione dal pagamento del bollo auto spetta su un solo veicolo (auto o, in alcuni casi, motoveicolo) per volta. La competenza sul cosiddetto bollo auto è stata trasferita da molti anni alle regioni.

Per accedere a questo beneficio bisogna presentare una specifica domanda allegando la documentazione prevista: in alcune regioni la competenza è gestita in proprio, in altre è affidata all’Agenzia delle entrate; in altre è gestita in convenzione dall’ACI. Anche in questo caso sono previsti gli stessi limiti di cilindrata fissati

per l'IVA agevolata (2000 cc motore a benzina, 2800 cc motore diesel).

L'esenzione dalle imposte di trascrizione sui passaggi di proprietà (es. IET, APIET ecc.) spetta sia in occasione dell'acquisto di un veicolo nuovo (auto o, in alcuni casi, motoveicolo) che di un veicolo usato.

Su quali veicoli

Ferme restando le limitazioni di cilindrata (2000 cc a benzina, 2800 cc diesel) previste per l'IVA agevolata, solo alcune tipologie di veicoli sono ammesse ai benefici fiscali e tributari. Possono fruirne le autovetture, autoveicoli per trasporto promiscuo, autoveicoli per trasporti specifici.

Infine, le spese sostenute a partire dal 2001 per l'acquisto di caravan possono essere detratte in sede di denuncia dei redditi; sugli stessi veicoli si continua tuttavia a pagare l'IVA al 22%.

Chi ha diritto alle agevolazioni

Tutte le agevolazioni spettano direttamente alle persone con disabilità, o ai loro familiari che li abbiano fiscalmente a carico.

Il disabile può essere considerato "**fiscalmente a carico**" quando non percepisce un reddito annuo superiore a 2.840,51 euro. Non costituiscono reddito le provvidenze assistenziali come le indennità, le pensioni o gli assegni erogati agli invalidi civili. A seconda della tipologia di disabilità variano i benefici fiscali concessi, le modalità per accedere a ciascuna agevolazione e la documentazione da presentare come già detto sopra. Quindi, in alcuni casi ricorre l'obbligo di adattare il veicolo (sola disabilità motoria), negli altri casi il veicolo può non essere adattato (grave limitazione della capacità di deambulazione).

Le spese mediche e l'assistenza specifica

Tutti i contribuenti, in sede di denuncia dei redditi, possono detrarre parte delle spese mediche rimaste a loro carico (il 19% con la franchigia di 129,11 euro), ma una maggiore agevolazione è riservata invece sulle spese mediche generiche e di assistenza specifica necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione sostenute dalle persone con disabilità indipendentemente dalla circostanza che fruiscono o meno dell'assegno di accompagnamento. In questo caso è ammessa la deduzione (la spesa si sottrae dal reddito lordo e senza franchigie).

Quali spese

Le spese di assistenza specifica sostenute dalle persone con disabilità sono quelle relative a:

- ✓ assistenza infermieristica e riabilitativa;
- ✓ personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale esclusivamente dedicato all'assistenza diretta della persona;
- ✓ personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo;
- ✓ personale con la qualifica di educatore professionale;
- ✓ personale qualificato addetto ad attività di animazione e/o di terapia occupazionale.

Le prestazioni sanitarie rese alla persona da queste figure professionali sono deducibili anche senza una specifica prescrizione da parte di un medico, a condizione che dal documento attestante la spesa risulti la figura professionale e la prestazione resa dal professionista sanitario (anche il terapista o l'infermiere lo sono).

Se la persona con disabilità viene ricoverata in un istituto di assistenza, non è possibile portare in deduzione l'intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese mediche e paramediche di assistenza specifica che deve risultare distintamente nella documentazione rilasciata dall'istituto.

I farmaci

Le spese sanitarie per l'acquisto di medicinali sono deducibili se certificate da fattura o scontrino fiscale (c.d. "scontrino parlante"), in cui devono essere specificati la natura e la quantità dei prodotti acquistati, il codice alfanumerico (identificativo della qualità del farmaco) posto sulla confezione del medicinale e il codice fiscale del destinatario.

Spese solo detraibili

Alcuni oneri non sono deducibili, ma solo detraibili. Sono le spese sanitarie specialistiche (analisi, prestazioni chirurgiche e specialistiche) e quelle per l'acquisto dei dispositivi medici. Sono spese detraibili nella misura del 19% sulla parte che eccede 129,11 euro.

Chi può dedurre queste spese

Eccezionalmente tutte queste spese possono essere dedotte, oltre che dal diretto interessato, anche se sostenute per i seguenti familiari, seppur non fiscalmente a carico: coniuge; generi e nuore; figli, compresi quelli adottivi, suoceri e suocere; discendenti dei figli; fratelli e sorelle (anche unilaterali); genitori (compresi quelli adottivi); nonni e nonne.

Spese per familiari non a carico con patologie esenti

Esiste una particolare agevolazione che può essere interessante per quelle persone affette da patologie oncologiche che non siano in possesso di certificazione di invalidità o di handicap.

Le spese sanitarie sostenute nell'interesse dei familiari non a carico affetti da patologie per le quali è riconosciuta l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria pubblica (esenzione ticket) danno diritto alla detrazione per la parte che non trova capienza nell'imposta dovuta dal familiare non a carico. Un esempio: una persona con patologia oncologica (esenzione ticket) sostiene delle spese sanitarie significative, ma dispone di un reddito basso e quindi non può detrarre integralmente la spesa sanitaria sostenuta (in termini tecnici si dice "che non trova capienza").

In questi casi il familiare della persona affetta da patologia oncologica può portare in detrazione la parte di spesa che non ha trovato capienza. Unico limite, oltre alla franchigia di 129,11 euro, è fissato nella cifra detraibile: non può superare 6.197,48 euro.

Le spese di assistenza domestica

Le persone con disabilità, le persone anziane o non autosufficienti e, ancora, le persone con patologie oncologiche o invalidanti possono avere necessità di avvalersi di assistenza e supporto presso il proprio domicilio di personale addetto ai servizi domestici (colf o badanti) che retribuiscono direttamente. La normativa fiscale riconosce, pur in modo parziale, due diverse agevolazioni.

La deduzione per servizi domestici

La prima agevolazione riconosciuta a chi si avvalga di un addetto all'assistenza è la deduzione di una parte della spesa. Onde evitare elusioni fiscali e contributive, l'agevolazione viene concessa solo nel caso in cui colf o badante siano regolarmente assunte (non necessariamente a tempo pieno).

Viene riconosciuta una deduzione dal reddito del contribuente (indipendentemente dall'ammontare di quest'ultimo) **fino a 1.549,37 euro**. Possono essere dedotti però solo i contributi previdenziali e assistenziali relativi alla retribuzione dell'operatore.

Nella sostanza, non si può dedurre alcuna quota della retribuzione finale corrisposta al collaboratore, ma solo quei versamenti che ogni datore di lavoro è tenuto a versare agli istituti previdenziali al momento della retribuzione. La deduzione spetta al diretto interessato o al familiare che ce l'abbia a carico fiscale.

Detrazione per l'assistenza personale

Mentre alla deduzione per i servizi domestici sono ammessi tutti i contribuenti, alle persone non autosufficienti o ai loro familiari è concessa l'opportunità aggiuntiva di recuperare, in sede di denuncia dei redditi, anche una parte della spesa sostenuta per retribuire l'assistenza personale. L'agevolazione consiste nella **detrazione del 19%**, calcolabile su un ammontare di spesa non superiore a **2.100 euro**. Inoltre, è fissato un limite di reddito del contribuente: se supera i 40.000 euro la detrazione non viene concessa.

Va precisato che, diversamente da altre spese sanitarie o per l'acquisto di veicoli destinati alle persone con disabilità, questa detrazione può essere operata, oltre che dal diretto interessato o dai familiari cui sia fiscalmente a carico, anche dagli altri familiari civilmente obbligati come definiti dal Codice Civile e cioè: il coniuge, i figli naturali, legittimi, adottivi o, in loro mancanza, i discendenti prossimi, i genitori, i generi e le nuore, i suoceri, i fratelli e le sorelle.

Il limite di **2.100 euro** rimane il **montante massimo** per contribuente, cioè se anche questi sostiene spese per più persone non autosufficienti, il massimo che potrà detrarre sarà comunque solo il 19% di 2.100 euro. La detrazione delle spese per l'assistenza personale è cumulabile con la deduzione delle spese per i servizi domestici.

Servizi sociali







I servizi sociali nel nostro Paese dovrebbero svolgere, in particolare in ambito locale, compiti e mansioni di natura assistenziale verso le persone e i nuclei familiari che possano trovarsi in situazione di disagio o di marginalità.

Nello svolgere le loro attività dovrebbero erogare misure, prestazioni assistenziali, sostegni per un'ampia platea di beneficiari fra i quali certamente le persone con disabilità e in nuclei a rischio di impoverimento.

Servizi alla persona

Il sistema di protezione sociale italiano, oltre alle prestazioni previdenziali riconosciute ai lavoratori, prevede interventi assistenziali rivolti ai cittadini che si trovino in particolari situazioni di fragilità, di bisogno, di maggiore esposizione alla marginalità.

Alcuni interventi assistenziali sono ancora mantenuti direttamente dallo Stato come, ad esempio, le pensioni e le indennità per gli invalidi civili, la pensione sociale e altre forme di sostegno al reddito.

La gran parte degli interventi sono invece ormai di competenza regionale e consistono in una ampia gamma di servizi, sostegni, trasferimenti monetari. La generale disciplina regionale è poi attuata dai comuni (singoli e associati) attraverso i propri servizi sociali.

È infatti il **servizio sociale** del proprio comune il primo referente del cittadino. Spesso i servizi sociali sono gestiti dai comuni in forma associate (ambiti, comprensori, consorzi di comuni).

Alcuni servizi, in particolare di natura socio-sanitaria, sono delegati spesso alle ASL. Le politiche sociali, e quindi i servizi, sono molto diverse a seconda delle regioni. Di conseguenza è sempre necessario, quando ci si trovi in situazione di necessità o bisogno, rivolgersi innanzitutto al servizio sociale del proprio comune per un primo orientamento sui servizi che è possibile ottenere nel proprio territorio di riferimento.

Vediamo, in modo sintetico, quali possono essere le principali prestazioni offerte dal servizio sociale, tenendo presente l'alta variabilità territoriale e una sostanziale differenza di risposte a seconda anche dell'età (minori, età adulta, anziani) degli assistiti.

Segretariato sociale

È generalmente un servizio di informazione rivolto a tutti i cittadini, fornisce notizie sulle risorse locali e sulle prassi per accedervi, in modo da offrire un aiuto per il corretto uso dei servizi sociali.

Può assumere, in alcuni casi, la connotazione di **sportello sociale tematico** garantendo attività di consulenza e orientamento per specifici target e aree di interventi sociali compresa la tutela legale.

Assistenza a domicilio

Assume forme diverse e molto spesso prevede una partecipazione alla spesa da parte degli interessati. È volta a supportare la persona e la sua famiglia presso il proprio domicilio.

L'**assistenza domiciliare socioassistenziale** è un servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio.

Al contrario, nell'**assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari** vengono garantite sia prestazioni socioassistenziali che sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) rivolte a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere la persona nel suo ambiente di vita.

Residenzialità

I comuni, assieme alle ASL, sono per il cittadino il primo riferimento nell'ipotesi in cui egli intenda

lasciare il proprio domicilio e scegliere un **ricovero in una struttura residenziale**. Le strutture possono essere molto diverse a seconda delle caratteristiche dell'assistenza fornita la cui componente sanitaria può essere assente (strutture di tipo socio-assistenziale, comunità alloggio ecc.) o più o meno rilevante (ad esempio residenze sanitarie assistenziali, hospice ecc).

Questa differenziazione comporta ricadute anche sulla compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, del comune e del Servizio Sanitario Nazionale.

Sostegni economici

Il servizio sociale del proprio comune è generalmente anche il primo referente per attivare, laddove previsti, sostegni diretti o indiretti, di natura economica. Anche in questo caso c'è una alta variabilità con una gamma che va dal sostegno al pagamento di rette per servizi diurni, semiresidenziali, residenziali, al **sostegno alla domiciliarità**, ai contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, o per il trasporto e la mobilità, per l'accoglienza di minori, adulti e anziani ecc.

Di norma tutti questi contributi vengono erogati a fronte di specifica domanda degli interessati e sono spesso condizionati dalle disponibilità di bilancio delle amministrazioni di riferimento. Le modalità e i requisiti variano a seconda della tipologia di trasferimento economico.

Negli ultimi anni, sempre con notevole diversità regionale, sono stati introdotti trasferimenti economici a favore delle persone non autosufficienti, misure pur denominate in modo diverso: assegni di cura, assegni per la domiciliarità o altro. Solitamente i referenti per presentare la domanda sono i comuni, singoli o associati.

Si tratta generalmente di contributi per l'assistenza indiretta. Ciò significa che vengono rimborsate (in parte) le spese sostenute e documentabili per assistenti personali o badanti.

Di norma questo genere di trasferimenti vengono riconosciuti in presenza di una grave o gravissima disabilità. È sempre opportuno **rivolgersi ai servizi sociali** del proprio comune per maggiori dettagli sulle forme di sostegno, sulle modalità di presentazione delle domande e sulle condizioni previste.

Alcuni comuni prevedono anche forme di contributo straordinario per altre spese sostenute da famiglie in reale condizione di grave difficoltà economica. Non si tratta di sostegni connessi alla disabilità ma all'indigenza.

L'Assegno di inclusione

Da gennaio 2024 è iniziata l'erogazione dell'assegno di inclusione. Si tratta di una **misura di sostegno economico e di inclusione sociale** e professionale, condizionata al possesso di requisiti di residenza, cittadinanza e soggiorno, alla prova dei mezzi sulla base dell'ISEE, alla situazione reddituale del beneficiario e del suo nucleo familiare e all'adesione a un percorso personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa.

L'assegno di inclusione è riconosciuto ai nuclei familiari che abbiano almeno un componente in una delle seguenti condizioni:

- ✓ **con disabilità (come definita ai fini ISEE);**
- ✓ **minorenne;**

- ✓ **con almeno 60 anni di età;**
- ✓ **in condizione di svantaggio e inserito in programma di cura e assistenza dei servizi socio sanitari territoriali certificato dalla pubblica amministrazione.**

I **requisiti reddituali e patrimoniali** sono piuttosto **stringenti**: ISEE in corso di validità di valore **non superiore a euro 9.360** e reddito familiare inferiore ad una soglia di euro 6.000 annui moltiplicata per il corrispondente parametro della scala di equivalenza (cioè proporzionato alla composizione del nucleo).

L'importo dell'assegno di inclusione è composto da una **integrazione del reddito familiare** fino a **euro 6.000 annui**, o euro 7.560 annui se il nucleo familiare è composto da persone tutte di età pari o superiore a 67 anni o da persone di età pari o superiore a 67 anni e da altri familiari tutti in condizioni di disabilità grave o di non autosufficienza, moltiplicati per il corrispondente parametro della scala di equivalenza.

A tale importo, può essere aggiunto un **contributo per l'affitto** dell'immobile dove risiede il nucleo per un importo pari all'ammontare del canone annuo previsto nel contratto in locazione (ove regolarmente registrato) fino ad un massimo di euro 3.360 annui, ovvero 1.800 euro annui se il nucleo familiare è composto da persone tutte di età pari o superiore a 67 anni ovvero da persone di età pari o superiore a 67 anni e da altri familiari tutti in condizioni di disabilità grave o di non autosufficienza.

Il responsabile per dell'erogazione economica è **INPS** a cui vanno anche presentate le relative domande.

Caregiver familiari

Da molti anni viene richiesta da più parti una organica normativa sui caregiver familiari, cioè sulle persone che assistono gratuitamente e in modo continuativo un congiunto con una grave disabilità o una patologia ingravescente.

Purtroppo, al di là di una generale definizione di legge, **non** è ancora stata **approvata una norma organica** che garantisca un sostegno significativo ai caregiver né disposizioni di natura previdenziale che riconoscano l'impegno personale spesso aggiuntivo all'ordinaria occupazione. Men che meno sono previste misure organiche per compensare tutti i casi in cui le persone rinunciano ad una carriera lavorativa per assistere un proprio familiare.

Alcune Regioni hanno approvato proprie disposizioni introducendo spesso un riconoscimento sostanziale e prevedendo alcuni servizi (es. interventi di sollievo, supporto psicologico).

Negli ultimi anni alle Regioni è stato poi ripartito un contenuto **Fondo nazionale**. Generalmente le Regioni hanno usato i fondi di loro competenza per **erogare contributi** (minimi) ai caregiver familiari, prevalentemente di persone con disabilità gravissima e ponendo sovente un limite ISEE.

I relativi bandi che disciplinano la concessione di questi contributi sono dunque di competenza degli ambiti territoriali (Comuni singoli o associati).

Vengono "aperti" ciclicamente e prevedono la presentazione delle relative domande da parte degli interessati. Il primo riferimento in questo caso sono sempre i servizi sociali del proprio Comune.

L'ISEE

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente è uno strumento che ha lo scopo di considerare la **disponibilità economica** del nucleo familiare soppesando reddito, patrimonio e l'effettiva composizione del nucleo stesso (numero dei componenti, età ecc.).

L'ISEE è sempre più richiesto per l'**accesso a prestazioni sociali** agevolate cioè servizi o aiuti economici rivolti a situazioni di bisogno o necessità. Spesso quindi è indispensabile richiederlo e presentarlo, sapendo che le **modalità** e i **criteri** di calcolo possono essere **differenti** nel caso della presenza di minori, nel caso riguardi servizi e prestazioni per persone con disabilità, nell'ipotesi in cui sia richiesto per il ricovero in struttura assistenziale o, ancora, ai fini delle agevolazioni per il diritto allo studio universitario.

Il calcolo dell'ISEE si basa su un complesso sistema di elaborazione delle informazioni sul nucleo e sulla situazione reddituale e patrimoniale, applicando aliquote, franchigie, detrazione. È spesso necessario disporre di specifica documentazione, in particolare per la parte patrimoniale.

La relativa dichiarazione (DSU) va redatta su moduli telematici e trasmessa ad INPS che effettua le relative verifiche anche in correlazione con l'Agenzia delle entrate. L'ISEE, e quindi la DSU, vanno aggiornate in caso di significative variazioni della composizione del nucleo o delle situazioni reddituali e patrimoniali.

È opportuno **affidarsi** per la sua redazione ad un centro di **assistenza fiscale** o ad un **patronato** anche se è teoricamente possibile l'elaborazione la presentazione di autonomia.

Diritto all'oblio oncologico



*Questo capitolo è stato curato da Mario Tarricone,
referente Gruppo Pazienti Linfomi e consigliere di amministrazione ALL*





Oggi sempre più pazienti oncologici sconfiggono la malattia e soprattutto "sentono" di essere guariti e dunque confidano in un pieno ritorno all'ordinaria quotidianità della vita, quale era prima di contrarre la malattia. Alcune domande sorgono allora spontanee:

↳ *"Ho avuto un tumore, sono guarito, sono tornato al lavoro e ho il mio reddito. Posso accedere ad un prestito per comprare casa?"*

↳ *"Ho avuto un tumore, sono guarita ma a causa dei trattamenti terapeutici non posso avere figli. Posso adottare un bimbo?"*

↳ *"Ho avuto un tumore, sono guarito vorrei lavorare. La malattia che ho avuto può essere un ostacolo?"*

Domande assai fondate perché prima dell'adozione della legge sul diritto all'oblio oncologico, in tutti i casi indicati nelle domande, la storia clinica pregressa poteva rappresentare, come prevalentemente è accaduto, un motivo ostativo alle umane e legittime aspirazioni degli ex pazienti.

La nuova legge

La nuova norma italiana – la **legge 7 dicembre 2023, n. 193** – è l'esito di anni di confronto, di impegno, di pressione delle organizzazioni di pazienti, fra cui AIL.

Un impegno che ha incontrato alla fine l'attenzione e la disponibilità del Parlamento e che rimuove alcuni fattori discriminatori fissando nuove tutele. Un traguardo importante per i diritti civili e sociali di tanti pazienti oncologici e delle loro famiglie.

Chi ne ha diritto?

Le nuove tutele possono essere attivate da tutti coloro che siano stati colpiti da una patologia oncologica a condizione che **siano trascorsi almeno 10 anni** dall'ultimo trattamento attivo, in assenza di recidive, oppure **5 anni** dall'ultimo trattamento attivo in assenza di recidive nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

La norma però prevede esplicitamente che quell'intervallo di tempo possa essere **ridotto** in alcuni casi specifici che sono già stati disciplinati dal **decreto del 22 marzo 2024** del Ministero della salute.

Tale decreto indica in **5 anni** (dall'ultimo trattamento) il limite per:

- ✓ le **Leucemie acute** (linfoblastiche e mieloidi) **indipendentemente dall'età alla diagnosi**;
- ✓ i **Linfomi di Hodgkin** con diagnosi **prima del compimento di 45 anni di età**

La nuova norma definisce e disciplina **tre** differenti **ambiti** oggettivi di tutela:

1. **l'accesso ai servizi bancari, finanziari e assicurativi;**
2. **l'adozione di figli di minore età;**
3. **l'accesso alle procedure concorsuali, al lavoro e alla formazione professionale.**

Banche e assicurazioni

Si ha diritto ad accedere ai prestiti, ai mutui, alle assicurazioni sanitarie al pari di tutti gli altri cittadini senza che possa essere giustificata alcuna differenza di trattamento. La legge prescrive:

- ✓ che le **informazioni relative allo stato di salute** della persona relative a patologie oncologiche da cui sia stata precedentemente affetta **non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dal contraente** e, qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, non possono essere usate per la determinazione delle condizioni contrattuali;
- ✓ che è fatto divieto alle banche, agli istituti di credito, alle imprese di assicurazione e agli intermediari finanziari e assicurativi di **richiedere visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari;**
- ✓ che non possono essere applicati al **contraente limiti, costi e oneri aggiuntivi** né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti.

Adozione di minori

Quando si intende adottare un minore, la normativa italiana che disciplina la materia – legge 4 maggio 1983, n. 184 – prevede, dopo la verifica dei requisiti soggettivi per presentare la domanda di adozione, che il tribunale per i minorenni proceda ad effettuare degli accertamenti di carattere socio sanitario.

È emerso che le indagini relative allo stato di salute dei richiedenti, in presenza di una malattia oncologica, anche pregressa siano state un motivo ostativo alla concessione dell'adozione. Per tale ragione, ora la legge sul diritto all'oblio prescrive che **le indagini relative alla verifica di idoneità di chi richieda l'adozione di un minore** concernenti la salute degli stessi richiedenti **non possano riportare informazioni relative a patologie oncologiche pregresse.**

Concorsi, lavoro, formazione

Si ha diritto all'accesso alle procedure di reclutamento lavorativo senza che la pregressa malattia oncologica sia motivo di esclusione. La legge è molto chiara ed interviene nei casi in cui le **procedure di reclutamento sia pubbliche sia private** prevedano il possesso di requisiti psico-fisici o concernenti lo stato di salute dei candidati. Anche in questo caso ai cittadini che possono usufruire del diritto all'oblio oncologico non possono essere richieste informazioni relative alla pregressa patologia oncologica.

La nuova legge poi prevede un successivo decreto introduca misure per promuovere specifiche politiche attive per assicurare, a ogni persona che sia stata affetta da una patologia oncologica, eguaglianza di opportunità nell'inserimento e nella permanenza nel lavoro, nella fruizione dei relativi servizi e nella riqualificazione dei percorsi di carriera e retributivi.



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

La nostra missione

AIL promuove e sostiene la ricerca scientifica per la cura delle leucemie, dei linfomi e del mieloma; assiste i pazienti e le famiglie accompagnandoli in tutte le fasi del percorso attraverso la malattia con servizi adeguati alle loro esigenze; si propone di migliorare la qualità di vita dei malati e di sensibilizzare l'opinione pubblica alla lotta contro le malattie del sangue.

Nel 2023, AIL Nazionale
e le sue Sezioni hanno...



finanziato **146**
progetti di ricerca



curato **1.872**
pazienti nella propria
abitazione



supportato **111**
centri di ematologia



ospitato **2.395**
pazienti e familiari
nelle Case AIL

I servizi che offriamo per un futuro senza tumori del sangue:

Aggiorniamo pazienti e famiglie su patologie e terapie disponibili

↳ organizzando, per 2500 pazienti l'anno, seminari sulle principali malattie ematologiche nei quali esperti analizzano i diversi aspetti delle patologie e si confrontano con pazienti e caregiver, protagonisti della giornata.

Offriamo informazioni e supporto per pazienti e famiglie

↳ grazie al Numero Verde AIL, attivo dal lunedì al venerdì allo 800 22 65 24: in linea un ematologo, uno psicologo e un esperto di diritto del lavoro e agevolazioni sociali.

Diamo voce ai diritti dei pazienti

↳ attraverso i Gruppi AIL Pazienti (articolazione organizzativa di AIL Nazionale) ci occupiamo di diritti di informazione, di accesso alle cure e sociali.

Finanziamo la ricerca

↳ su leucemie, linfomi, mieloma e altre malattie del sangue e sosteniamo il GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto).

Forniamo cure domiciliari

↳ evitando ogni anno a 1.492 adulti e 380 bambini difficoltà e rischi connessi allo spostamento verso l'ospedale e permettendo loro una migliore qualità di vita.

Aiutiamo pazienti e familiari con servizi socioassistenziali

↳ un aiuto concreto per 6.346 pazienti e familiari ogni anno, che include consulenze legali, assistenza sociale, supporto psicologico.

Supportiamo i Centri di Ematologia

↳ e di Trapianto di Cellule Staminali aiutando a realizzare/ristrutturare day hospital, reparti, ambulatori e laboratori, ad acquistare apparecchiature, a finanziare personale sanitario e a sostenere protocolli di cura sperimentale.

Sosteniamo la mobilità dei pazienti

↳ con 5.186 viaggi solidali (per garantire gli spostamenti a chi deve curarsi lontano dalla residenza) e 1.521 pazienti e familiari, adulti e bambini, accompagnati.

Accogliamo pazienti e familiari nelle Case AIL

↳ in prossimità dei centri ematologici e gestite da 38 sezioni per ospitare 1.117 pazienti e 1.278 familiari quando si spostano dal luogo di residenza per le terapie.

Contribuiamo alla formazione e l'aggiornamento

↳ di medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio con l'erogazione di borse di studio, prestazioni professionali e contratti di lavoro.

Supportiamo pazienti e familiari nell'affrontare le problematiche sociali

↳ con il servizio "sportello sociale AIL": per facilitare l'orientamento tra i percorsi della burocrazia, fornendo informazioni su diritti e agevolazioni assistenziali. 248 pazienti all'anno usufruiscono del servizio.



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA

Trova la Sezione AIL
più vicina a te



www.ail.it

Con il contributo incondizionato di

