



## *L'Individuo Fragile: cura, diritti e sostegno alla famiglia*

*Venerdì 11 ottobre 2013  
ore 14.00 – 19.30*

*Aula Magna - Palazzo Di Giustizia  
Via Carlo Freguglia 1 - Milano*

*n. Evento 1834 – 73693 Crediti n. 5*

# *L'individuo fragile: cura, diritti e sostegno alla famiglia*

*Venerdì 11 ottobre 2013  
ore 14.00 – 19.30*

*Aula Magna - Palazzo Di Giustizia  
Via Carlo Freguglia 1 - Milano*

## **Coordinatori**

*Dott.ssa Maria Teresa Zocchi*

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano  
Referente Commissione Pari Opportunità

## **Programma**

*14.00-14.30 Registrazione Partecipanti*

*14.30-15.00 **Saluto delle Autorità***

Presidente dell'Ordine degli Avvocati di Milano  
Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano  
Presidente Corte d'Appello di Milano  
Presidente del Tribunale di Milano

*Dott.ssa Maria Teresa Zocchi*

*Introduzione*

*15.00-16.30 - **La Cura** -*

Diverse tipologie di fragilità per patologie possibili e la loro influenza  
sulla vita familiare

## **Moderatori**

*Dott.ssa Maria Teresa Zocchi*

*Dott. Renzo Augusto Bagarolo*

Direttore Sanitario Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2  
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

**La Disabilità**

*Dott. Alberto Scanni*

Primario Emerito di Oncologia – A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano  
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

**Il paziente oncologico**

*Dott. Costanzo Gala*

Primario U.O. di Psichiatria 51 – A.O. San Paolo – Milano  
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano  
***Il malato psichiatrico***

16.30-18.00 - ***J Diritti*** -

Tutela dei diritti dell'individuo fragile e della sua famiglia

**Modérateur**

*Avv. Luciana Tullia Bertoli*

Avvocato del Foro di Milano

*Avv. Prof. Marilisa D'Amico*

Professore Ordinario di Diritto Costituzionale – Università degli Studi di  
Milano - Avvocato del Foro di Milano

***Il Diritto Costituzionale***

*Dott.ssa Sara Cipolla*

Giudice della Sezione Lavoro del Tribunale di Milano

***Il Diritto del Lavoro***

*Dott. Giuseppe Buffone*

Giudice del Tribunale di Milano - Sezione IX

***La Tutela***

18.00-19.00 ***Tavola rotonda***

La patologia invalidante e la tutela dell'incapace

**Modérateur**

*Dott.ssa Paola D'Amico*

Giornalista Corriere della Sera

*Dott.ssa Adele Patrini*

Presidente Associazione C.A.O.S. Onlus

*Dott.ssa Daniela Piglia*

Coordinatrice dell'Associazione Oltre Noi...la Vita Onlus per la Protezione  
Giuridica

*Avv. Silvia Banfi*

Avvocato del Foro di Milano

*Dott.ssa Rita Cambieri*

Medico di Medicina Generale

19.00-19.30 ***Compilazione schede di valutazione e verifica***

# *La Disabilità*

*Dott. Renzo Augusto Bagarolo*

Direttore Sanitario Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2  
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

## **Epidemiologia della disabilità**

Le persone con Disabilità in Italia sono 2.609.000 pari al 5% della popolazione con oltre 6 anni (Istat 2005), considerando circa 200.000 persone accolte nei presidi socio-sanitari si arriva a 2.800.000.

Nello specifico per classi di età, se ci riferiamo alla popolazione ultra65enne, la non autosufficienza interessa il 20% della popolazione (1:5), e la disabilità intesa come dipendenza grave interessa circa il 12% degli ultra65enni.

Gli stessi dati Istat del 2005 riportati alla Lombardia valutano il numero di persone disabili in 580.000 (dai 6 anni in su) e considerando le 60.000 persone accolte nei presidi socio-sanitari, la disabilità interessa circa il 6% della popolazione, di questi circa l'1% è costituito da persone disabili in età adulta.

## **Tipologia di disabilità**

La disabilità connatale/congenita, esito di patologie genetica o perinatale è in riduzione, ma le persone disabili stanno vivendo più a lungo, come il resto della popolazione. E' in aumento invece la disabilità acquisita, correlata all'invecchiamento della popolazione (Progressiva e Catastrofica) e le “nuove disabilità ad esito di patologie gravemente invalidanti come la GCA (Gravi Cerebrolesioni acquisite, circa 10:100.000 ab.) e la SLA e altre Malattie Neurovegetative (3-6 casi:100.000 ab.).

Nella tabella riportata si evidenziano le stime di persone disabili per classi di età e tipo di disabilità (ISTAT)

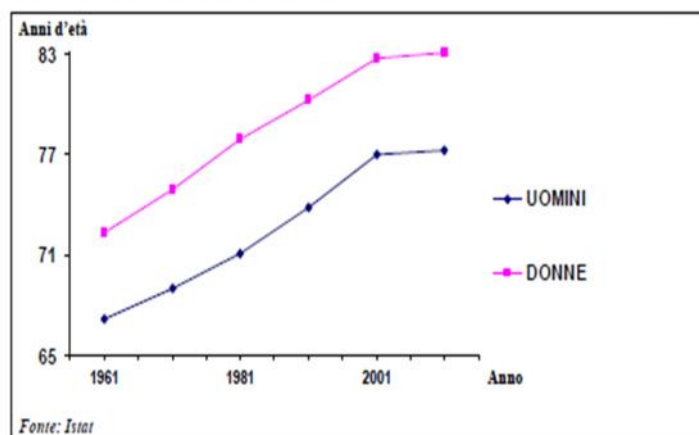
Tab. 1 Lombardia - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per tipo di disabilità e classi di età

Fonte: ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000 e 2004-2005

anno	Confinamento individuale			Difficoltà nel movimento			Difficoltà nelle funzioni			Difficoltà vista, udito, parola		
	classi	di	età	classi	di	età	classi	di	età	classi	di	età
	6-64	65-74	75 e +	6-64	65-74	75 e +	6-64	65-74	75 e +	6-64	65-74	75 e +
2000	54000	24000	91000	33000	35000	82000	37000	36000	114000	19000	18000	37000
2005	14000	23000	103000	27000	27000	104000	34000	33000	138000	27000	10000	41000

La speranza di vita media In Italia nel 2001 era di 77,3 per gli uomini e 83,1 per le donne, ed in circa 10 anni vi è stato un aumento di circa 1 anno con una aspettativa di vita di 78,8 anni per gli uomini e 84,1 anni per le donne (dati 2010)

Grafico 3 - La speranza di vita dell'uomo in Italia

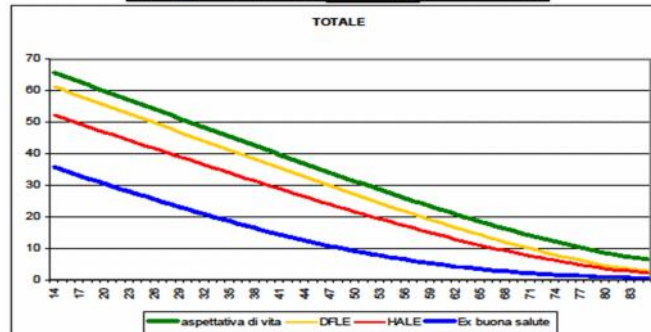


Sul piano statistico, i dati sono andati oltre ogni più rosea aspettativa: negli ultimi dieci anni la durata media della vita è aumentata di due anni, portando la speranza di vita, che, nel 1961, era di anni 67,2 per gli uomini e di 72,3 per le donne, rispettivamente a 77,3 e a 83,1. Oggi il

Nel considerare le malattie croniche e la disabilità diventa però importante valutare non solo l'aspettativa di vita ma anche l'aspettativa di vita passata in assenza di disabilità (linea rossa del grafico) per cui ad esempio a 75 anni a fronte di una aspettativa di vita di circa 12 anni abbiamo una aspettativa di vita in assenza di disabilità di circa 7-8 anni, ciò significa che mediamente vi sono 5 anni di vita da passare in condizioni di disabilità più o meno grave.

## HALE e speranza di vita ISTAT

Totale	Ex	DFLE	HALE	Ex in buona salute
15	64.70	60.24	51.27	34.81
45	35.88	31.58	25.49	11.83
65	18.46	14.22	10.96	3.36
75	11.47	7.29	5.62	1.51
85 e oltre	6.45	2.75	2.30	0.88



Le Fasi della vita: 0-18 sviluppo e crescita, 18-40 maturità, 40-60 adulta, 60-80 anziana, 80-100 vecchiaia

La disabilità si può prevenire? Ovvero si può ridurre il numero di anni vissuti in condizioni di disabilità? (concetto di “compressione” della disabilità).

Diventa importante comprendere il concetto di fragilità che spesso precede la disabilità.

### Meccanismo fisiopatologico della fragilità



Quali risposte ricevono in Lombardia le persone disabili?

La differenza nelle proposte di intervento sta essenzialmente nel sostegno familiare (vedi schema tratto dal bilancio sociale di regione Lombardia 2008 e 2009)

<b>Età</b>	<b>0-14 anni</b>	<b>15-18 anni</b>	<b>19-65 anni</b>	<b>Over65 anni</b>
<b>AUTOSUFFICIENTE con sostegno familiare</b>	Sostegno scolastico	Sostegno scolastico	Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita	
	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie
	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione
	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	
			Formazione all'autonomia	
			Inserimento lavorativo	
	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	
<b>Se privo di sostegno familiare</b>	Residenzialità	Residenzialità	Residenzialità (dal 2006: Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita)	Residenzialità

<b>Età</b>	<b>0-14 anni</b>	<b>15-18 anni</b>	<b>19-65 anni</b>	<b>Over65 anni</b>
<b>Non autosufficiente con sostegno familiare</b>	Sostegno scolastico	Sostegno scolastico	Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita	
	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie	Cure sanitarie
	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione
	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	Mobilità (trasporti)	
			Formazione all'autonomia	
			Inserimento lavorativo	
	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	Interventi di sostegno alla persona finalizzati all'integrazione sociale	
<b>Se privo di sostegno familiare</b>	Residenzialità	Residenzialità	Residenzialità (dal 2006: Soggettività a partecipazione diretta della costruzione del proprio percorso di vita)	Residenzialità

Rete dei servizi per le persone disabili in Lombardia dall'Ospedale al domicilio dall'ambito sanitario a quello sociale

	AREA SANITARIA	AREA SOCIALE	
SERVIZIO TUTELARE	MEDICO di BASE e VOUCHER SANITARIO (A.D.I.)	ASSISTENZA DOMICILIARE	VOUCHER SOCIALE
DIURNATO	CENTRO DIURNO DISABILI (CDD)	CENTRO DIURNO SOCIO- ASSISTENZIALE (CSE)	INSERIMENTO LAVORATIVO (SFA)
RESIDENZIALI TA' AUTONOMA	ALLOGGI PROTETTI	MINI ALLOGGI e RESIDENZIALITA' INTEGRATA	
RESIDENZIALI TA' PROTETTA	RESIDENZA SANITARIA DISABILI (RSD)	COMUNITA' SOCIO-SANITARIA (CSS)	COMUNITA' SOCIO- ASSISTENZIALE (CA)
RIABILITAZIONE	RIABILITAZIONE SPECIALISTICA, GENERALE/GERIATRICA, MANTENIMENTO		
OSPEDALE	SERVIZIO D.A.M.A. (Disable Advanced Medical Assistance) e DIVISIONI SPECIALISTICHE		

Si determinano Nuovi Scenari:

I BISOGNI AUMENTANO e CAMBIANO (Le Nuove Disabilità)

LE RISORSE SCARSEGGIANO (riduzione del PIL nazionale e "spending review")

TERMINE DELLA FASE DI CRESCITA DEI SERVIZI

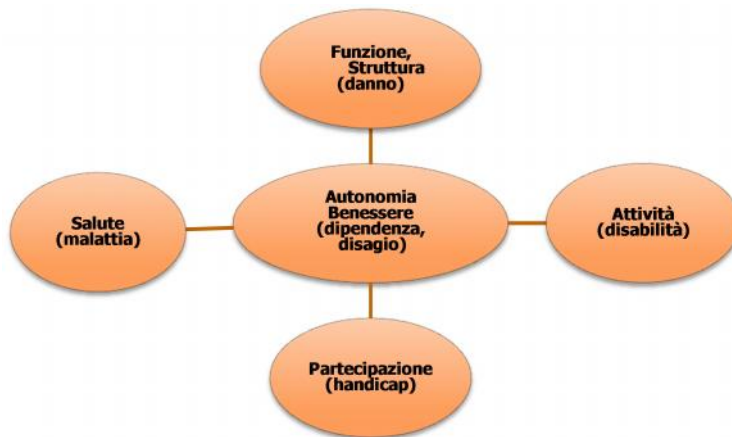
NUOVE POLITICHE RESTRITTIVE (RAZIONALIZZAZIONE)

Necessità di Risposte Innovative:

- Valutazione del bisogno
- Definizione di percorsi di cura integrati ai percorsi di vita
- Impulso della domiciliarità
- Nuovi modelli di Servizi (Alloggi protetti e residenzialità integrata) alternativi alla residenzialità
- Servizi a supporto della famiglia



## IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE



CHI SVOLGE IL RUOLO DI TUTELA PER LA PERSONA DISABILE ?  
RUOLO DI FAMIGLIA e/o l'ADS

### I DIRITTI DELLA PERSONA DISABILE

- Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006), ratificata dal Parlamento Italiano il 30 marzo 2007.
- Nella seduta del 3 marzo 2009 il Consiglio Regionale della Lombardia ha approvato all'unanimità una mozione che impegna il Presidente e la Giunta regionale a verificare che si attuino i principi sanciti nella Convenzione ONU nei differenti settori dell'Amministrazione
- La Convenzione riconosce la disabilità come forma specifica di discriminazione e impegna gli Stati ad attivarsi *per "promuovere, proteggere e garantire il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità"*. Per quanto riguarda l'orientamento delle politiche sociali e il funzionamento dei servizi, l'articolo 19 riconosce *".. il diritto di tutte le persone con disabilità ... di scegliere ... il proprio luogo di residenza, dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione"*.
- Inoltre indirizza e vincola l'attività dei servizi sociali nel *"consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione"*. Dichiarò che tutti i *"servizi e le strutture sociali siano messe a disposizione ... delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni"*

La Convenzione ONU mette a disposizione una serie di indicatori precisi e vincolanti per valutare se e in che misura le politiche sociali stiano effettivamente promuovendo e rispettando i diritti delle persone che ad essi fanno riferimento.

**"Un bisogno non riconosciuto non esiste"**

## ICF LA NECESSITA' DI UNA STANDARDIZZAZIONE

L'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) è uno strumento elaborato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità per descrivere e misurare la salute e la disabilità della popolazione. Rappresenta la versione definitiva e approvata a livello mondiale della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH).

L'ICF consente di cogliere, descrivere e classificare ciò che può verificarsi in associazione a una condizione di salute, cioè le "compromissioni" della persona o, per utilizzare un vocabolo neutro, il suo "funzionamento".

## STRUTTURA DELL'ICF - VALUTAZIONE PER DOMINI e AREE

### AREA SANITARIA

Autonomia delle funzioni primarie (respirazione, alimentazione, cateterismo, evacuazione, piaghe da decubito, controlli infermieristici nelle 24 ore, ecc...)

Situazione attuale/Bisogni/difficoltà:

Obiettivi per l'anno:

Strategie/attività:

Aspetti che richiedono controlli medici o infermieristici periodici

Terapia farmacologica assunta nell'arco delle 24 ore

Interventi riabilitativi in atto

Area sensoriale (visita, udito, particolari sensibilità o deficit)

Situazione attuale

### AREA DELLE AUTONOMIE

Mobilità (capacità di movimento, uso di ausili, spostamenti autonomi in ambienti conosciuti, ecc...)

Controllo sfinterico e gestione dei servizi igienici (autonomia nella regolazione minzione e defecazione)

Igiene personale (sa lavare tutto o parte del corpo, i denti, sa curare i capelli asciugarsi, ecc...)

Abbigliamento (sa mettere/togliere indumenti e calzature, sa scegliere in maniera autonoma e appropriata in accordo con le condizioni climatiche e sociali)

Alimentazione (sa utilizzare le posate – specificare-, il bicchiere, sa versare dalla bottiglia, sa spezzare il pane, ecc...)

Gestione della vita quotidiana (pianificazione, organizzazione e attuazione delle azioni semplici e complesse che compongono la routine quotidiana)

## AREA COGNITIVA

Scala di valutazione (indicare se utilizzate, quando, quali strumenti applicati e i relativi esiti)

Comprensione delle istruzioni e abilità nello svolgimento di compiti (differenziare compiti - con un'unica importante componente - e compiti complessi - più componenti svolte in sequenza o simultaneamente)

Attenzione

Memoria (a breve e a lungo termine)

Orientamento spazio temporale

Area dell'apprendimento (capacità di letto scrittura) Capacità di ricercare e mantenere interessi

## AREA COMUNICATIVO/RELAZIONALE

Area emotivo/affettiva

Area della socializzazione

Comunicazione mimico-corporea

Comunicazione verbale

## INTEGRAZIONE SOCIALE

Autonomia sul territorio

Capacità di ricercare e mantenere relazioni sul territorio

Gestione del tempo libero nella struttura

Soggiorni esterni alla struttura

## AREA MOTORIO/SPORTIVA

Abilità prassico-motoria

Area sportiva

## COMPORAMENTI PROBLEMATICI

Presenza di comportamenti auto o eteroaggressivi

Presenza di comportamenti problema o che necessitano controllo (specificare modalità di intervento attuale, es.: interventi educativi, interventi farmacologici)

## PROCESSO DECISIONALE

- Troppo spesso decisioni importanti vengono prese in momenti critici
- Troppo spesso non c'è tempo per considerare obiettivi e risultati desiderabili
- Troppo spesso le persone non vengono consultate
- Poco tempo per risolvere i conflitti all'interno delle famiglie
- Pressione del tempo nel processo decisionale, e non sempre la prima soluzione praticabile è la migliore

## TAPPE DEL PROCESSO DECISIONALE

- Definire gli obiettivi ed il risultato desiderato (esempio: fra sicurezza e riabilitazione qual è l'obiettivo primario)
- Informare (efficacia dei servizi)
- Scegliere (luoghi idonei e appropriati)
- Controllo (verifica) e follow-up (utile per avere dati di efficacia)

## CRITERI FACILITANTI (le buone decisioni)

- Tempo
- Informazioni
- Struttura organizzativa
- Guida
- Supporto

# *Il Paziente Oncologico*

*Dott. Alberto Scanni*

Primario Emerito di Oncologia – A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano  
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

Un malato, soprattutto se si aspetta un responso, è un soggetto pieno di paura. Una paura con la lettera maiuscola. Non sa cosa potrà dirgli il medico, quali saranno gli esiti degli esami fatti, quale sarà il suo futuro: quando poi il responso lo si attende in un reparto di oncologia, al di là degli ambienti confortevoli e delle belle parole (“vedrai che tutto andrà bene”), la parola tumore incombe nei suoi pensieri e sa che bene o male quello è il capitolo nel quale verrà ascritto il suo stato di salute.

Pende dalle labbra di chi ha di fronte, scruta i suoi atteggiamenti, il suo ammiccare, il tono della sua voce e cerca di cogliere in questa verità o menzogna. Spesso non ci si rende conto di come sia facile per un malato capire quando il medico esprime ottimismo, se questo sia realmente quello che lui pensa.

La paura non è soltanto sua, ma anche di chi gli sta vicino, di chi poi avrà il compito di accompagnarlo nel percorso e che dovrà sostenerlo, a volte assolutamente impreparato e fragile anch'esso.

E non si dica ipocritamente che il tumore non fa più paura, che è una malattia guaribile, che ci sono nuovi farmaci e che deve essere considerato alla stregua di altre malattie. Non è così, perché ancora molti tumori non guariscono, perché quelli che guariscono a distanza di anni ricadono, perché, in famiglia o tra gli amici, si sono visti casi che, anche se promettenti, sono andati male.

E l'ansia continua nei giorni che seguono agli accertamenti e tutti ne sono contagiati con situazioni kafkiane in cui il familiare tenta di mostrarsi tranquillo e indifferente agli occhi del malato e questi persegue lo stesso atteggiamento per rassicurare il familiare. In realtà entrambi sono agitati!

I pensieri si affastellano nella mente con alternanza di momenti di speranza e ottimismo a momenti di pessimismo e sconforto.

“ Cosa succederà se gli esami diranno che sono grave ? Come reagiranno i miei cari? e il lavoro dovrò abbandonarlo? chi si farà carico di tutti gli impegni che ho assunto?

chi potrà organizzare la famiglia? come farò a dirlo ai figli? E' meglio dirlo o no? Come farò /farà a tirare avanti da solo/a?"

Sono queste alcune delle domande di chi aspetta una diagnosi definitiva spesso vissuta come sentenza di vita o di morte.

In questi momenti si cerca di reagire come si può anche se il pensiero è sempre là.

Si cerca di riempire le giornate di attesa vedendo persone, inventandosi impegni, cercando qualche passatempo, ma quando ci si ritrova soli l'angoscia prende il sopravvento. Si telefona allora agli amici, a chi ha avuto una analoga esperienza, al medico amico, anche al conoscente, per essere confortati, per sentirsi dire che tutto andrà per il meglio, che non ha senso esser pessimisti .

E' in questi momenti che si sperimentano attenzioni inaspettate da chi magari ritenevi persona dura e insensibile, da chi lontano da te per carattere e storia personale ti offre disponibilità e amicizia disinteressata. Per contro puoi avvertire disagio nei tuoi riguardi da chi pensavi potesse esserti di aiuto: lo stare a contatto con una malattia grave fa paura e qualcuno non ce la fa, al punto da allontanarsi progressivamente da chi, amico, è ora sospetto ammalato.

Per un Oncologo avere la consapevolezza di quanto sopra è importante, per poter comprendere fino in fondo chi ha di fronte, a cui deve soprattutto esprimere calore ed essere suo "caldo" punto di riferimento.

Il tecnicismo non basta, il tumore che "va giù con la chemio" non basta, il parlare vale spesso più dello schema di terapia: il far sentire che tu malato sei, per me Oncologo, una cosa importante deve essere obiettivo prioritario, perché io non sono un "protocollista", ma una persona come te .

L'Oncologo deve dire al malato che, al bisogno, è disponibile ad ascoltarlo, trasferendo speranza in una logica non solo di curare ma di prendersi cura in senso globale di lui.

# *Il Malato Psichiatrico*

*Dott. Costanzo Gala*

Primario U.O. di Psichiatria 51 – A.O. San Paolo – Milano  
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

Il percorso verso il benessere per i pazienti che soffrono di malattie mentali gravi è in salita. Rimangono forti ostacoli che quotidianamente i malati e le loro famiglie devono affrontare per il conseguimento di questi obiettivi, come lo stigma della malattia mentale e le risorse limitate.

Una conseguenza indiretta delle malattie mentali gravi è che possono avere un impatto negativo anche sulla salute mentale ed emotiva dei familiari caregiver.

Ecco perché è così importante che i membri della famiglia ricevano un adeguato sostegno per prendersi cura dei propri cari.

Stigma è un termine che viene utilizzato per descrivere due cose: un pregiudizio o un sentimento di disapprovazione da parte della popolazione generale verso un gruppo, e il sentimento di vergogna corrispondente sollecitato in quel gruppo dal pregiudizio.

La stigmatizzazione dei malati affetti da patologie mentali è purtroppo molto diffusa e può avere gravi conseguenze.

La rappresentazione non corretta delle patologie mentali gravi che viene fatta dai media tradizionali può aggravare ulteriormente lo stigma e avere un impatto negativo sul benessere dei pazienti, vanificando benefici delle cure.

Gli effetti dello stigma e la discriminazione subita dalle persone affette da malattie mentali gravi rendono più difficile il miglioramento dello stato di salute e il suo mantenimento.

Lo stigma che accompagna la malattia mentale, crea un circolo vizioso di alienazione e discriminazione, intesa come privazione di diritti e benefici, per la persona malata, la sua famiglia e tutto l'ambiente ad essi circostante, diventando spesso la fonte principale di un grave isolamento sociale, dell'incapacità a trovare una casa o un lavoro, di comportamenti di abuso di alcool e di sostanze, di fenomeni di emarginazione e di una protratta marginalizzazione.

Nella pratica psichiatrica gli interventi che mirano a contrastare questi atteggiamenti hanno assunto un ruolo sempre più rilevante proprio perché la persona che soffre di

una malattia mentale si trova a dover combattere su due fronti: da un lato con l'esperienza di malattia, e tutto ciò che questo comporta in termini di sofferenza, menomazioni e disabilità; dall'altro, con le reazioni dell'ambiente sociale e lo stigma che circonda il disturbo mentale che, in particolare nel caso della schizofrenia, rappresenta una vera e propria "seconda malattia". Le condizioni di vita soggettive e oggettive delle persone con malattia mentale non dipendono quindi solo dalla gravità della malattia, ma anche dal grado di accettazione all'interno della famiglia e nella società in generale.

Pericolosità, inguaribilità, incomprendibilità, improduttività e irresponsabilità sono i pregiudizi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato come condizioni diffuse che impediscono in tutti i paesi l'accesso ottimale ai processi terapeutici ed emancipativi di queste persone ed ha invitato tutti i governi a fare tutto quanto in loro potere per fronteggiare la condizione di stigmatizzazione e, di fatto, di debolezza del diritto delle persone affette da disturbo mentale e delle loro famiglie.

La ricerca conferma il ruolo cruciale delle famiglie in tutto il processo di cura.

È importante quindi che siano aiutate a svolgere questo compito, che ricevano il sostegno necessario per far sì che il proprio familiare segua le cure correttamente e in maniera continuativa –sia in ambiente ospedaliero che a casa. Spesso i parenti dei malati sono lasciati soli in questa battaglia quotidiana; un isolamento che ha conseguenze negative non soltanto sulla salute del malato ma anche su quella dei familiari che lo assistono.

In effetti la famiglia dei malati mentali sperimenta numerosi stress:

1. Vivere aspetti esistenziali legati alla convivenza della malattia mentale in famiglia.
2. Gestire il rifiuto del trattamento da parte dei pazienti.
3. Avere a che fare con comportamenti aberranti dei pazienti, ad esempio: il delirio, le allucinazioni, le condotte bizzarre, le idee persecutorie ecc.
4. Gestire il comportamento aggressivo dei pazienti. Molti familiari hanno subito violenza, non solo fisica, da parte dei propri congiunti.
5. Subire un carico di lavoro eccessivo (tempo trascorso occupandosi del paziente).
6. Gestire i sintomi negativi, come l'inattività dei pazienti, l'isolamento, l'ansia e la frustrazione.
7. Vivere in presenza di minacce e tentativi di suicidio da parte dei pazienti.
8. Subire lo sconvolgimento e il crollo della famiglia derivanti dal far fronte alla mancanza di comprensione e sostegno da parte di altri, parenti e amici.



# *Il Diritto Costituzionale*

*Avv. Prof. Marilisa D'Amico*

Professore Ordinario di Diritto Costituzionale – Università degli Studi di Milano  
Avvocato del Foro di Milano

L'intervento mira a tracciare un quadro e a mettere a fuoco i principi che la Costituzione riconosce e garantisce a tutela del paziente, quale esempio emblematico di individuo fragile.

In tale prospettiva, vengono presi in considerazione i principi costituzionali a tutela dei diritti inviolabili della persona umana, della sua dignità e della sua salute.

Un approfondimento particolare è dedicato all'analisi del diritto fondamentale alla salute, quale principio costituzionale a tutela dell'integrità fisica e psichica dell'individuo, con specifica attenzione ai due livelli di garanzia che lo stesso appresta.

Nell'analisi, viene, poi, sviluppato il tema del rapporto tra medico e paziente con riguardo al principio che ne governa la relazione, ossia il principio del consenso informato. Un principio, che non trova un'affermazione esplicita in Costituzione, ma che la Corte costituzionale ha ricavato dai principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli articoli 13 e 32 della Costituzione, i quali tutelano rispettivamente la libertà personale e il diritto del singolo individuo a non essere sottoposto ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

Nella seconda parte dell'intervento, sono prese in esame le questioni che sorgono intorno all'ipotesi del paziente incapace che si trovi nell'impossibilità di prestare il proprio consenso informato, con un riferimento all'evoluzione della giurisprudenza seguita al c.d. "caso Englaro" e alle problematiche ad esso sottese.

Infine, sono trattati alcuni profili relativi alle tutele che la Carta costituzionale e, più in generale, l'ordinamento giuridico riconosce e garantisce alla posizione delle persone con disabilità.

# *Il Diritto del Lavoro*

*Dott.ssa Sara Cipolla*

Giudice della Sezione Lavoro del Tribunale di Milano

## **1. LA MALATTIA**

La **malattia non professionale** costituisce un'ipotesi di sospensione del rapporto di lavoro subordinato determinata dall'impossibilità sopravvenuta della prestazione di lavoro (cfr. art 2120 cc).

La malattia determina la sopravvivenza del rapporto di lavoro nonostante la non attuazione della prestazione di lavoro in virtù della tutela di interessi legati a scelte e condizioni personali del lavoratore.

Il rapporto di lavoro subordinato è dunque permeabile alla salvaguardia di interessi altri, nella specie il diritto alla salute del lavoratore, bene di rango costituzionale (art 32 Cost) capace di imporsi alle esigenze dell'imprenditore e di addossargli anche una responsabilità sociale in ordine al finanziamento.

Preme evidenziare che la nozione legale di malattia non è assimilabile a quella elaborata dalla scienza medica intesa quale alterazione morfologica e/o funzionale di una o più parti dell'organismo o dell'organismo in toto.

Sul piano giuridico, la "*malattia del prestatore di lavoro*" ex art 2110 cc (non definita dalla norma) è più ristretta rispetto a quella medico / medico-legale e tale da comprendere non ogni alterazione dello stato psico-fisico del lavoratore, ma esclusivamente quelle situazioni nelle quali l'infermità abbia determinato, per gravità intrinseca e/o per incidenza sulle mansioni normalmente svolte dal dipendente, una concreta e attuale (seppure transitoria) incapacità al lavoro del medesimo (cfr. Cass. 10215/2004).

La malattia costituisce dunque, uno stato patologico tale da determinare una condizione di incapacità (qualificata) temporanea, concreta, attuale al lavoro (specifico) svolto da quel lavoratore.

La questione definitoria si pone negli stessi termini anche per l'infortunio al quale si applica, con poche varianti, la disciplina dell'art. 2110 c.c.

L'infortunio infatti, si distingue dalla malattia esclusivamente per il suo derivare da una causa "violenta", ossia traumatica e ne condivide le conseguenze provocate sullo stato di salute del lavoratore, ovverosia l'incapacità al lavoro.

L'infortunio sul lavoro a sua volta, si differenzia dalla **malattia professionale o tecnopatia**, determinata dalla cosiddetta "causa lenta".

Il carattere transeunte distingue poi la malattia dalla infermità permanente.

Le tutele previste dall'art. 2110 c.c. non si estendono, infatti, all'ipotesi di sopravvenuta **infermità permanente** del lavoratore, al verificarsi della quale non si determina una mera sospensione del rapporto, bensì la risoluzione dello stesso.

L'effetto estintivo si produce indipendentemente dal fatto che la parte interessata manifesti espressamente, mediante il negozio di recesso, l'assenza di un suo interesse al mantenimento del vincolo giuridico (Cass. 20.11.2002, n. 16375).

Si ricorda infine, che nel concetto di malattia deve farsi rientrare ogni fase del fenomeno morboso, dalla manifestazione iniziale alla cura dello stesso: secondo la giurisprudenza rientra, pertanto, nella disciplina dell'art. 2110 c.c. anche l'ipotesi dell'assenza dal lavoro dettata dalla necessità di sottoporsi a una cura volta a prevenire una malattia che potrebbe anche non comportare un'incapacità lavorativa futura, come nei casi di ricovero ospedaliero per accertamenti diagnostici o per esami di laboratorio necessari per la cura di una patologia (Pret. Massa 14.4.1995, in Riv. It. Dir. lav., 1995, II, 881). Parimenti, viene considerata malattia tutelabile ex art. 2110 c.c. anche la malattia determinata da colpa grave del lavoratore (Cass. 20 gennaio 1975, n. 232), quand'anche derivante dalla prolungata assunzione di alcool o di sostanze stupefacenti (Cass. 13 febbraio 1997, n. 1314) o dal tentato suicidio (Circ. INPS 1.3.1984, n. 45).

## **2. L'INFORTUNIO**

Per infortunio sul lavoro deve intendersi un evento lesivo ossia dannoso derivato da una *causa violenta* (ossia da un fattore che opera dall'esterno con azione intensa e concentrata nel tempo, rapida), in *occasione di lavoro*, ossia con riferibilità eziologica diretta od indiretta all'attività lavorativa che ne costituisce presupposto indefettibile.

Dall'infortunio possono conseguire, nei casi più gravi, la morte del lavoratore oppure postumi di natura permanente (incidenti sulla capacità lavorativa generica e sull'efficienza psicofisica) oltre che temporanei.

In linea generale, ad ogni evento di danno occorso al lavoratore nell'espletamento delle sue mansioni lavorative, consegue una tutela previdenziale - assistenziale e, ove siano ravvisabili gli estremi della colpa del datore di lavoro per la violazione delle norme

generiche e specifiche sulla prevenzione degli infortuni, può intraprendersi l'azione civilista di risarcimento del danno (c.d. danno differenziale).

Di solito contratti collettivi disciplinano l'effetto del periodo inabilità temporanea conseguente ad infortunio sul lavoro ai fini del compimento del periodo di compenso e della conseguente conservazione del rapporto di lavoro.

A partire dal 2000 (cfr. D.Lgs. 38/2000) nella tutela assicurativa è ricompreso anche l'infortunio in itinere.

Con riferimento alla fattispecie in esame, si ricorda che secondo l'orientamento specifico della Suprema Corte di Cassazione, l'infortunio in itinere può ritenersi connesso al rischio specifico improprio di una prestazione lavorativa e, quindi, coperto dall'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni qualora il lavoratore, per recarsi sul luogo del lavoro o per allontanarsene, debba servirsi di un mezzo di trasporto che sia diverso da quelli comunemente usati o sia stato fornito o prescritto dal datore di lavoro, poichè soltanto in tali casi può ritenersi che la prestazione lavorativa, - intesa in senso ampio, e, cioè, comprensiva oltre che dell'attività principale, anche di quelle connesse, complementari ed accessorie - si estenda anche al percorso compiuto dal dipendente.

In particolare, secondo la giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione "*ai sensi dell'art. 2 del d.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, l'indennizzabilità dell'infortunio "in itinere" subito dal lavoratore nel percorrere, con un mezzo proprio, la distanza fra la sua abitazione ed il luogo di lavoro postula: A) la sussistenza di un nesso eziologico tra il percorso seguito e l'evento, nel senso che tale percorso costituisca, per l'infortunato, l'"iter" normale per recarsi al lavoro e per tornare alla propria abitazione; B) la sussistenza di un nesso causale, sia pure occasionale, tra l'itinerario seguito e l'attività lavorativa, nel senso che il primo non fosse dal lavoratore percorso per ragioni personali o in orari non ricollegabili, nella loro immediatezza temporale, con la seconda; C) la necessità dell'uso del veicolo privato, adoperato dal lavoratore, per il collegamento fra abitazione e luogo di lavoro, considerati gli orari lavorativi e dei pubblici servizi di trasporto e tenuto conto, alla luce del principio di cui all'art. 16 Cost., della possibilità di soggiornare in luogo diverso da quello di lavoro purché la distanza fra tali luoghi appaia ragionevole"* (cfr. Cass. 8396/1996).

## **2.1 La nozione di occasione lavoro**

Ogni evento può definirsi avvenuto per causa ed in occasione di lavoro, anche al di fuori dell'orario di lavoro, quando il lavoro sia stato la causa del rischio, ossia quando

intercorra un nesso di causalità anche mediato ed indiretto, tra attività lavorativa e sinistro.

Deve tuttavia, ricorrere un rischio specifico o un rischio generico aggravato dal lavoro e non un mero rischio generico incombente sulla generalità delle persone (indipendente dalle condizioni peculiari del lavoro).

Rilevano tutte le condizioni, anche ambientali, in cui l'attività produttiva si svolge e nelle quali è immanente il rischio di danno per il lavoratore.

Solo il rischio elettivo, ovvero quello rapportabile a fatto proprio esclusivo e frutto di una libera e spontanea determinazione del lavoratore, estraneo alle mansioni ed al lavoro, esclude l'occasione di lavoro.

Non sono comunque richiesti i requisiti della straordinarietà, accidentalità ed imprevedibilità del fatto lesivo.

Preme evidenziare che il nesso causale non è comunque escluso dal comportamento colposo del lavoratore infortunato, consistente ad esempio in atti di imprudenza, negligenza ed imperizia.

Esaminando la casistica giurisprudenziale con specifico riferimento all'occasione di lavoro, sono stati ritenuti indennizzabili:

- l'infortunio subito dal lavoratore vittima di una rapina nel tragitto casa - lavoro ( Cfr. Cass. Civ. 14.2.'08 nr.3776);
- l'infortunio sul lavoro per causa violenta (caduta accidentale sulle scale), occorso al lavoratore mentre si accingeva a esercitare le proprie mansioni, recandosi presso altro reparto ove collaborava alla terapia riabilitativa, per conferire con un collega su questioni di lavoro;
- nell'ipotesi di rischio improprio, ossia nel caso di incidente occorso durante la deambulazione all'interno del luogo di lavoro, in quanto pur non intrinsecamente allo svolgimento delle mansioni tipiche del lavoro del dipendente, è insito in un'attività prodromica e strumentale allo svolgimento delle suddette mansioni e, comunque, ricollegabile al soddisfacimento di esigenze lavorative (cfr. Cass. Civ. 16417/'05);
- nel caso di infortunio occorso ad infermiera ospedaliera, mentre si recava in bagno per lavarsi alla fine del turno, corrispondendo, detta esigenza, ad una fondamentale norma igienica direttamente collegata al lavoro svolto dall'infortunata (cfr. Cass. Civ. nr. 180/'05);
- nell'infortunio subito dall'assicurato in cui, varcando la soglia dell'ufficio per cercare le istruzioni per mettere in moto un trattore gommato che avrebbe dovuto riparare, scivolava urtando contro una vetrata e si infortunava;

- l'infortunio avvenuto nell'ambito del cosiddetto "rischio ambientale", di cui sono espressione gli atti di locomozione interna, costituito dall'ambiente di lavoro in sé, nel quale normalmente il lavoratore dipendente è autorizzato ad entrare solo per ragioni lavorative in quanto gli infortuni avvenuti in tale ambito si presumono avvenuti per causa lavorativa, salvo prova contraria, desumibile dalle circostanze stesse dell'incidente, od anche dalla qualifica soggettiva del lavoratore, il quale ad es. abbia la disponibilità dell'ambiente di lavoro o per la sua qualifica o per la natura autonoma del rapporto ( cfr. Cass. Sez. Lav. nr. 10317 del 5.5.'06).

## **2.2 La nozione di causa violenta**

Col tempo, la nozione di infortunio sul lavoro è andata ampliandosi, ricomprendendo ad esempio anche quegli eventi causati da reazione fisiche e psichiche del lavoratore in risposta alle condizioni di fatica e stress.

Di notevole rilevanza sono infine le molteplici pronunce in materia di sforzo (cfr. Cass. Sez. Lav nr. 11559, del 6.11.1995, Rel. Lupi e Cass. Sez. Lav nr. 7228 del 30.5.'00; Cass. Sez. Lav. nn.ri 2639/ 1990; 10450/'97; 12940/'97) nella quali la Suprema Corte ha ritenuto che anche lo sforzo fisico compiuto durante il lavoro, possa configurare l'esistenza della causa violenta richiesta dall'art. 2 del DPR 1124/65, atta a determinare, con azione rapida ed intensa la lesione dell'equilibrio fisico dell'assicurato. In questo caso il nesso causale non è escluso da una predisposizione morbosa (si pensi ad es. alla ricorrenza di patologie cardiovascolari) che anzi può far sì che proprio uno sforzo determini la rottura del precario equilibrio organico dando luogo a conseguenze invalidanti.

Pertanto possono integrare la nozione di infortunio sul lavoro per causa violenta:

- l'infarto quando sia causalmente e topograficamente connesso con l'attività lavorativa ( si pensi ad es. ad una attività comportante un notevole sforzo fisico, quale quella del muratore);
- l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne comportino l'alterazione dell'equilibrio anatomico – fisiologico, sempre che tale azione sia eziologicamente rapportabile all'attività lavorativa ( cfr Cass. Sez. Lav nr. 12559 del 26.5.2006);
- l'agente lesivo presente nell'ambiente di lavoro in maniera superiore rispetto all'ambiente esterno, che abbia provocato un indebolimento delle difese immunitarie;
- la lombosciatalgia sopravvenuta a causa del movimento compiuto dal lavoratore intento allo spostamento di un carico ( Cass. 2.3.1988 nr. 2219);

- la malattia infettiva e parassitaria: la giurisprudenza di legittimità si è già espressa in analoghe situazioni, affermando che nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, costituisce causa violenta anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomico - fisiologico, sempre che tale azione, pur se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo, sia in rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa, anche in difetto di una specifica causa violenta alla base dell'infezione.

La relativa dimostrazione può essere fornita in giudizio anche mediante presunzioni semplici (cfr Cass. Sez. Lav nr. 20941/'07). In questi termini, cfr. Cass., 1°6. 2000, n. 7306, riguardo ad una fattispecie relativa ad un infermiere professionale che deduceva di avere contratto un'epatite pungendosi con l'ago di una siringa mentre effettuava un prelievo di sangue ad un ricoverato; cfr: Cass. Sez. Lav nr. 9968 del 12.5.'05: "Con riferimento all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, può costituire causa violenta anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne determinano l'alterazione dell'equilibrio anatomico - fisiologico, sempreché tale azione, pur se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo, sia in rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa. Tale dimostrazione può essere fornita in giudizio anche mediante presunzioni semplici.(Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che, sulla base delle risultanze della consulenza tecnica, era giunta alle conclusioni che la dipendente, assistente socio sanitaria con mansioni di collaborazione con il personale infermieristico, avesse secondo un calcolo probabilistico contratto l'infezione da epatite B proprio nell'espletamento dell'attività ospedaliera)".

### **3 LA MALATTIA PROFESSIONALE**

La **malattia professionale** si distingue in maniera netta dall'infortunio che, pur essendo analogamente connesso ad una occasione di lavoro, è definito come un evento verificatosi per causa violenta ed esterna.

Per malattia professionale (o tecnopatia) si intende una patologia che si sviluppa a causa della presenza di stimoli nocivi nell'ambiente di lavoro.

La malattia può comportare un'incapacità al lavoro o la morte del lavoratore.

Per essere indennizzabile, è necessario che la malattia professionale sia stata contrattata nell'esercizio delle attività assicurate e deve essere determinata dalla c.d. causa lenta.

Diversamente dall'infortunio, la malattia professionale è infatti la conseguenza di una graduale, lenta e progressiva azione lesiva dell'organismo del lavoratore.

Infine, deve esistere un rapporto causale diretto con la lavorazione: la malattia professionale non può essere in rapporto indiretto, mediato e occasionale con il lavoro, ma deve derivare direttamente dalla lavorazione, in stretto rapporto di causa ed effetto.

Gli agenti responsabili sono tantissimi e spesso i lavoratori sono esposti alla loro azione senza conoscere i rischi a cui vanno incontro.

I fattori che hanno maggiore rilevanza sono quelli dovuti all'edilizia, all'agricoltura, agli agenti cancerogeni, i cui effetti si manifestano dopo decenni dal loro utilizzo, e l'impiego sempre più diffuso sia nell'industria che in campo agricolo, di sostanze chimiche dannose per la salute dei lavoratori.

Altri fattori di rischio sono legati all'organizzazione del lavoro, campo in cui il fattore umano ormai riveste un ruolo marginale, che si possono riassumere in:

- ambienti di lavoro carenti dal punto di vista igienico o sovraffollati
- ritmi di lavoro elevati e mansioni ripetitive
- scarsa manutenzione degli impianti

A questi vanno aggiunti dei fattori emergenti legati principalmente al lavoro d'ufficio (attualmente in Italia il terziario è il settore che occupa il maggior numero di lavoratori) in cui si hanno molte tipologie di malattie professionali (difficilmente infortuni) in genere di scarsa gravità ma importanti per il numero di casi registrati.

In questo ambito il rischio è dovuto a:

- uso del computer che porta a patologie legate a: vista, stress, radiazioni, ergonomia: patologie spinali e sindrome del tunnel carpale
- impianti di condizionamento
- infezioni
- asma e alveoliti allergiche

In particolare, la letteratura specialistica recente segnala come le patologie respiratorie, in particolare la broncopneumopatia cronica ostruttiva e l'asma, che è frequentemente associata a rinite, costituiscono uno dei più rilevanti problemi sanitari per le persone che ne sono colpite. Il 18% delle forme di asma bronchiale, il 15% delle intersiziopatie, il 50% delle broncopneumopatie cronico ostruttive, il 40% delle neoplasie polmonari e sono all'80% dei mesoteliomi sono stimati come aventi origine professionale.



E' onere del lavoratore tecnopatico (portatore di malattia di origine professionale), così come nel caso degli eredi che agiscono per ottenere la rendita ai superstiti, assolvere all'onere della prova al fine di ottenere il riconoscimento della malattia professionale.

Si ricorda che la legge distingue tra patologie tabellate, ossia di malattie professionali contratte nell'ambito di determinate lavorazioni elencate in tabella, per le quali vige appunto la presunzione legale di origine professionale delle stesse, sempre che le stesse siano state denunciate entro i termini massimi di indennizzabilità previsti dalla tabella, e patologie non tabellate in relazione alle quali il lavoratore ha sempre l'obbligo di provare l'origine professionale.

Nel caso di malattie professionali tabellate indicate all'art. 134 del Tu 1124/65, incombe quindi sull'Inail dimostrare la riconducibilità ad causa extralavorativa della malattia contratta dal lavoratore.

L'elenco delle malattie professionali ha carattere tassativo e non può essere ampliato né è suscettibile di interpretazione analogica.

Nel 1994 questo elenco è stato aggiornato ed inoltre è possibile ottenere un risarcimento anche per le malattie non presenti in tale tabella ma per cui sia dimostrabile una chiara correlazione tra patologia e attività lavorativa.

Anche l'Unione europea si è occupata di questo argomento attraverso una raccomandazione del 2003 contenente una nuova classificazione delle malattie professionali.

## **4 LE TUTELE PREVISTE DALL'ORDINAMENTO PER IL CASO DI MALATTIA**

### **4.1 Il comporta**

In caso di malattia, la legge tutela il lavoratore attribuendogli il diritto di assentarsi dal lavoro per un certo lasso di tempo (c.d. periodo di comporta) con conservazione del rapporto lavorativo, durante il quale non potrà essere licenziato.

La legge stabilisce la durata del periodo di comporta soltanto per gli impiegati (3 mesi quando l'anzianità di servizio non supera i dieci anni e 6 mesi quando l'anzianità di servizio supera i dieci anni – v. art. 6, comma 5 RDL 1825/24) e per talune categorie particolari di lavoratori (come, per esempio, i lavoratori ammalati di tubercolosi; v. L. 1088/1970).

Negli altri casi, la durata del periodo di comporto è normalmente fissata dalla contrattazione collettiva ed è di tipo migliorativo (senza distinzioni rispetto alla categoria operaia e impiegatizia).

Di solito la durata del comporto è di 6 mesi per anzianità fino a tre anni; nove mesi per anzianità da tre a sei anni; 12 mesi per anzianità superiore.

Di regola, i contratti collettivi prevedono due tipi di periodo di comporto: il comporto c.d. “secco” e il comporto “per sommatoria”.

- per comporto “secco” si intende il numero massimo di giorni consecutivi di assenza dal lavoro per malattia cui ha diritto il lavoratore;

- per comporto “per sommatoria” si intende, invece, la somma dei giorni di malattia cui il lavoratore ha diritto in un determinato arco di tempo (normalmente fissato in tre anni).

Qualora il contratto collettivo non preveda un comporto per sommatoria esso deve essere determinato dal giudice, il quale è chiamato a decidere secondo il criterio dell'equità richiamato dall'art. 2110 c.c. (v. App. Milano 20.1.2006, in Lav. nella Giur., 2006, 1029): a tal proposito si ricorda che la giurisprudenza normalmente utilizza un doppio termine di riferimento, ossia un termine “interno”, pari alla durata prevista dal contratto collettivo per il comporto secco, ed un termine “esterno”, costituito dalla durata del contratto collettivo e che funge da periodo di riferimento generale entro il quale più episodi di malattia possono essere considerati unitariamente, nel limite massimo del periodo di comporto secco previsto dal contratto (Cass. 19.4.1985, n. 2599).

Si precisa che nel determinare il periodo di comporto si contano anche i giorni **festivi o comunque non** lavorativi che precedono o seguono immediatamente quelli indicati sul certificato medico (Cass. 19.10.2004, n. 20458; Cass. 15.12.2008, n. 29317, in Lav. nella giur., 2009, 407) e pure quelli non lavorati per sciopero (Cass. 12.8.1994., n. 7405).

Non si considerano invece i giorni non lavorativi precedenti o seguenti il periodo di assenza ( cfr. Cass. 14633/2006).

Il lavoratore ha la facoltà di sostituire alla malattia la fruizione delle **ferie**, maturate e non godute, allo scopo di sospendere il decorso del periodo di comporto (Cass. 7.6.2013 n. 14471). A tal fine, il lavoratore deve inoltrare al datore di lavoro, prima che il periodo di comporto sia definitivamente scaduto, una richiesta espressa (Cass. 27.2.2003, n. 3028), nella quale deve essere indicato il momento dal quale si intende convertire l'assenza per malattia in assenza per ferie (Cass. 11.5.2000, n. 6043).

Secondo la giurisprudenza il datore di lavoro può rifiutarsi di concedere le ferie, purché dimostri di aver tenuto conto del fondamentale diritto del lavoratore alla conservazione del posto di lavoro (Cass. 27.2.2003, n. 3028, in Lav. nella giur., 2003, 680 e Cass. 26.10.1999, n. 12031, in Mass. Giur. Lav., 2000, 61) e di aver, tuttavia, considerato come prevalenti gli interessi dell'organizzazione e dell'impresa (Cass. 28.1.1997, n. 873).

Ad avviso della giurisprudenza più recente, inoltre, non è configurabile un obbligo del datore di lavoro di concedere al dipendente malato la fruizione delle ferie per evitare il superamento del periodo di comporto, dal momento che la fissazione del periodo feriale è collegata ad una scelta dell'imprenditore in relazione alle esigenze dell'impresa (Cass. 22.4.2008, n. 10352).

Un altro caso di prolungamento del periodo di comporto è previsto in genere dalla contrattazione collettiva a favore dei **lavoratori afflitti da malattie di lunga durata**, i quali possono usufruire di un **periodo di aspettativa non retribuita** da aggiungersi al periodo di comporto previsto in via ordinaria.

Ad esempio, l'art. 2 CCNL Metalmeccanici Industria prevede che *“superati i limiti di conservazione del posto, il lavoratore potrà usufruire, previa richiesta scritta, di un periodo di aspettativa della durata di mesi 4, durante il quale non decorrerà retribuzione, né si avrà decorrenza di anzianità per nessun istituto ... a fronte del protrarsi dell'assenza a causa di malattia grave e continuativa, periodicamente documentata, il lavoratore potrà usufruire, previa richiesta scritta, di un ulteriore periodo di aspettativa fino alla guarigione clinica, debitamente comprovata che consenta al lavoratore di assolvere alle precedenti mansioni e comunque di durata non superiore a complessivi 24 mesi continuativi”*.

In base all'art. 173 CCNL Terziario, invece, *“nei confronti dei lavoratori ammalati la conservazione del posto, fissata nel periodo massimo di giorni 180 dall'art. 167 del presente contratto, sarà prolungata, a richiesta del lavoratore, per un ulteriore periodo di aspettativa non retribuita e non superiore a 120 giorni alla condizione che siano esibiti dal lavoratore regolari certificati medici...i lavoratori che intendano beneficiare del periodo di aspettativa di cui al precedente comma dovranno presentare richiesta a mezzo raccomandata A.R. prima della scadenza del 180° giorno di assenza per malattia e firmare espressa accettazione della suddetta condizione”*.

Per i tubercolosi il periodo di comporto è fissato dalla legge in 18 mesi ( art 10 L. 86/1953) e per i malati oncologici è previsto, in presenza della riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%, il diritto al congedo straordinario per cure non superiore a

tre giorni nell'anno solare, retribuito a carico del datore di lavoro e non computabile nel periodo di comporto.

Infine, si ricorda che la malattia e l'infortunio sul lavoro, comportanti entrambi l'impossibilità della prestazione per causa riferibile – ma non addebitabile – al lavoratore, sono oggetto della medesima tutela legale (art. 2110 c.c.).

Pertanto, in mancanza di diverse disposizioni della contrattazione collettiva, ai fini della determinazione del periodo di comporto per sommatoria l'infortunio sul lavoro deve essere equiparato alla malattia (Cass. 16.6.1998, n. 6001).

#### **4.2 La retribuzione**

L'ordinamento giuridico (art 38 Cost.) riconosce al lavoratore in malattia il diritto a percepire la retribuzione o un'indennità, nella misura e per il tempo determinati dalle leggi speciali, dalle norme contrattuali o dal giudice secondo equità. In taluni casi l'onere della retribuzione è sostenuto totalmente dal datore di lavoro (malattia non indennizzata dall'INPS), mentre in altri l'INPS eroga l'indennità di malattia, che può essere integrata o meno dal datore di lavoro.

In particolare, la legge (art. 6, comma 5 RDL 1825/1924) prevede che il trattamento retributivo sia posto totalmente a carico del datore di lavoro per i soli lavoratori aventi la qualifica di **impiegato**: per questi ultimi è previsto il pagamento dell'intera retribuzione per il primo mese di malattia e della metà per i successivi due mesi, se l'anzianità di servizio non supera i dieci anni; e il pagamento dell'intera retribuzione per i primi due mesi e della metà per i mesi successivi, se l'anzianità di servizio è superiore a dieci anni.

Tale disposizione, tuttavia, può essere derogata in senso favorevole al lavoratore da parte della contrattazione collettiva.

Per i lavoratori con qualifica **operaia**, oltre che per altre categorie di lavoratori individuate dalla Circolare INPS del 28 gennaio 1981, n. 134368, il trattamento retributivo per il periodo di malattia è invece posto a carico dell'INPS.

La maggior parte dei contratti collettivi, peraltro, stabilisce che agli operai spetta un'integrazione di quanto percepito dall'INPS, talvolta fino al raggiungimento del normale trattamento economico: tale integrazione è normalmente posta a carico del datore di lavoro, fatta eccezione per alcuni settori nell'ambito dei quali è invece stabilito che l'integrazione sia corrisposta da soggetti diversi (ad esempio delle Casse edili nel settore dell'edilizia).

La contrattazione collettiva ha oggi unificato il trattamento economico dovuto ad operai e impiegati, sia sotto il profilo della durata sia sotto il profilo della quantità ponendo a carico del datore di lavoro l'obbligo di integrare quanto corrisposto dagli enti previdenziali agli operai.

Infine, per quanto riguarda i **lavoratori pubblici**, l'art. 71 L. 133/2008 ha previsto un regime retributivo teso a scoraggiare le assenze per malattia o infortunio non lavorativo, prevedendo che per i primi 10 giorni di assenza a tali titoli venga corrisposto al lavoratore solo il trattamento economico fondamentale, con esclusione di qualsiasi indennità di natura accessoria.

#### **4.3 Le altre conseguenze**

Durante il periodo di malattia, l'assenza del lavoratore dal posto di lavoro è giustificata e tale periodo deve essere computato ai fini **dell'anzianità di servizio** (art. 2110, ultimo comma c.c.).

Inoltre, durante i periodi di aspettativa disciplinati dall'art. 31 Legge 300/1970 S.L. (permessi sindacali), l'interessato, in caso di malattia, conserva il diritto a percepire le prestazioni previste dalla legge a carico degli enti competenti.

Durante i periodi di malattia, poi, il lavoratore ha diritto:

- all'erogazione dell'assegno per il nucleo familiare;
- nel caso di malattia che insorga nel periodo di astensione obbligatoria per maternità, all'erogazione dell'indennità di maternità;
- nel caso di malattia che insorga nel periodo di astensione facoltativa, al pagamento dell'indennità di malattia;
- qualora si trovi in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, e si tratti di lavoratore sospeso dal lavoro, al pagamento della integrazione salariale;
- qualora si trovi in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, e si tratti di lavoratore soggetto a riduzione dell'orario di lavoro, al pagamento dell'indennità di malattia;
- qualora si trovi in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e si tratti di lavoratore sospeso dal lavoro, al pagamento dell'integrazione salariale;
- qualora si trovi in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e si tratti di lavoratore soggetto a riduzione dell'orario di lavoro, al pagamento dell'indennità di malattia;
- qualora si tratti di lavoratore in mobilità, all'erogazione dell'indennità di mobilità (art. 7, comma 8 L. 223/91);

- nel caso di malattia che insorga durante il periodo di prova, all'indennità di malattia e alla sospensione del periodo di prova.

La malattia insorta nel periodo di godimento delle **ferie** ha effetto sospensivo sul decorso delle stesse, purché si tratti di malattia che incida sulla salute del lavoratore in modo tale da pregiudicare l'essenziale funzione di riposo, recupero delle energie psicofisiche e di ricreazione propria delle ferie (Cass. 6 aprile 2006, n. 8016).

Secondo la più recente giurisprudenza, inoltre, nell'ipotesi di **sciopero**, il diritto alla retribuzione non viene meno per quei lavoratori il cui rapporto di lavoro sia sospeso per malattia ai sensi dell'art. 2110 c.c. (Cass. 31.5.2010, n. 13256).

Infine, nel caso di sospensione della prestazione di lavoro nel corso dell'anno per malattia, nella retribuzione utile ai fini del calcolo annuale del **TFR** viene computato l'equivalente della retribuzione alla quale il lavoratore avrebbe avuto diritto in caso di ordinario svolgimento del rapporto di lavoro (art. 2120, comma 3 c.c.).

## **5 LE ATTIVITA' CONSENTITE AL LAVORATORE IN MALATTIA**

In linea di principio lo stato di malattia non permette lo svolgimento di alcuna attività lavorativa durante l'assenza.

Tuttavia, ad avviso della giurisprudenza, **non sussiste a carico del lavoratore assente per malattia un divieto assoluto** di svolgere altra attività, a condizione che ciò non comporti la compromissione o il ritardo nella guarigione: ciò costituirebbe un caso di inosservanza dei doveri, tra cui quelli di fedeltà (Cass. 12.4.1985, n. 2434), e di diligenza nell'esecuzione delle proprie obbligazioni (Cass. 2.11.1995, n. 11355), nonché, in generale, dei principi di buona fede e correttezza vigenti in materia contrattuale (Cass. 6.10.2005, n. 19414, in *Orient. Giur. Lav.*, 2005, 835).

Secondo la consolidata giurisprudenza, lo svolgimento di altra attività lavorativa da parte del dipendente assente per malattia può giustificare il recesso del datore di lavoro, in relazione alla violazione dei doveri generali di correttezza e buona fede e degli specifici obblighi contrattuali di diligenza e fedeltà, non solo allorché tale attività esterna sia per sé sufficiente a far presumere l'inesistenza della malattia (dimostrando, quindi, una fraudolenta simulazione dello stato di malattia), ma anche nell'ipotesi in cui la medesima attività, valutata in relazione alla natura della patologia e delle mansioni svolte, possa pregiudicare o ritardare la guarigione e il rientro in servizio (Cass. 14 settembre 2012, n. 15476).

Il dipendente assente per malattia che venga sorpreso a svolgere attività lavorativa presso terzi ha l'onere di provare la compatibilità dell'attività svolta con la malattia e, quindi, l'inidoneità a pregiudicare il recupero delle normali energie lavorative (Cass. 19 dicembre 2000, n. 15916): a tal fine sono considerati legittimi gli **accertamenti investigativi** effettuati dal datore di lavoro per verificare se il lavoratore ammalato svolga contemporaneamente altra attività, dal momento che tali controlli non violano il divieto legale di accertamenti sanitari di controlli sulle infermità del lavoratore posto dall'art. 5 S.L., riguardando "un fatto materiale che integra un illecito disciplinare e non uno stato di malattia" (Cass. 3.5.2001, n. 6236).

Inoltre, il lavoratore in malattia che intenda prestare attività lavorativa presso terzi è tenuto in precedenza **ad offrire tale prestazione parziale** al proprio datore di lavoro, il quale potrebbe assegnare temporaneamente il lavoratore a quelle mansioni (equivalenti a quelle originarie) per le quali sia stato ritenuto idoneo (Cass. 29 luglio 1998, n. 7467).

Infine va ricordato che nei casi di corresponsione dell'indennità di malattia da parte dell'INPS, l'Istituto interrompe la corresponsione di tale indennità qualora il lavoratore si dedichi ad altre attività retribuite.

## **6 GLI ADEMPIMENTI**

Tutti i dipendenti pubblici e privati sono tenuti a taluni adempimenti previsti dalla legge.

In primo luogo, il **lavoratore deve comunicare**, secondo modalità usuali (ad esempio avviso telefonico) tempestivamente al datore di lavoro la propria assenza per malattia (ex art 1175 e 1375 cc). Sono poi i singoli contratti collettivi nazionali a stabilire con maggior precisione i tempi entro cui debba avvenire detta comunicazione anche nel caso di eventuale prosecuzione dell'assenza, salvo comprovato impedimento.

In secondo luogo, il lavoratore deve sottoporsi, in genere già dal primo giorno di malattia, a un **accertamento sanitario** da parte del medico curante, che rilascia un'apposita certificazione da inviarsi al datore di lavoro entro due giorni dal rilascio (l'art. 25 Legge 183/2010, che ha esteso anche ai dipendenti di datori di lavoro privati la disciplina prevista dall'art. 55 septies, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, originariamente applicata ai soli dipendenti pubblici).

In caso di malattia che comporti un'assenza dal lavoro superiore a 10 giorni, la certificazione potrà essere rilasciata esclusivamente da un medico del Servizio Sanitario Nazionale (o con esso convenzionato).

Il medico **trasmette** il certificato di diagnosi sull'inizio e sulla durata presunta della malattia per via telematica all'INPS, che a sua volta provvede a inoltrarlo al datore di lavoro. È fatto obbligo al lavoratore di fornire, qualora espressamente richiesto dal proprio datore di lavoro, il numero di protocollo identificativo del certificato di malattia comunicatogli dal medico.

Il legislatore, nel 2010, ha profondamente modificato le modalità con le quali la certificazione medica deve essere trasmessa all'INPS e al datore di lavoro, in particolare sollevando il lavoratore dall'onere di provvedere alle suddette comunicazioni.

L'attuale disciplina prevede, infatti, che sia compito del medico trasmettere la certificazione per via telematica all'INPS, che a sua volta provvede a inoltrarla al datore di lavoro (art. 25 Legge 183/2010). Il lavoratore, dal canto suo, ha l'obbligo di fornire, qualora espressamente richiesto dal proprio datore di lavoro, il numero di protocollo identificativo del certificato di malattia comunicatogli dal medico (Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri 18 marzo 2011, n. 4).

Solo nel caso in cui per qualsiasi motivo non sia possibile inviare per via telematica la certificazione all'INPS, si dovrà procedere secondo le modalità previgenti, ovverossia: il medico consegna copia cartacea della documentazione sanitaria al lavoratore; il lavoratore, a sua volta, invia all'INPS il certificato di diagnosi, e al datore di lavoro l'attestato di malattia, entro due giorni dal rilascio.

Infine va ricordato che il lavoratore è tenuto a comunicare e certificare anche la prosecuzione della malattia, nonché le eventuali variazioni della prognosi originaria, secondo le modalità ed i termini sopra descritti.

## **6.1 IL CERTIFICATO MEDICO**

La certificazione del medico curante da inviare all'INPS deve contenere sia diagnosi sia prognosi (ex art 2 L. 33/1980), mentre la certificazione da inviare al datore di lavoro reca solo la prognosi della malattia.

L'ordinamento infatti, tutela il diritto alla riservatezza con riferimento ai dati sensibili concernenti la salute; si ricorda poi che tale tutela è massima con riguardo ai soggetti colpiti da HIV il cui anonimato è rigorosamente protetto ( artt. 5 e 6 L. 135/1980).

Per quanto concerne la natura giuridica, si ricorda che il certificato del medico curante non è un atto pubblico ed è soggetto alla valutazione del giudice.



Nel caso di certificato oggettivamente indecifrabile (è il caso di un certificato redatto a mano in lingua portoghese Cass. 13622/2005) o comunque carente di qualsiasi dato apprezzabile e riconoscibile in ordine all'esistenza di una condizione inabilitante, alla prognosi o alla provenienza del medesimo dal medico deve ritenersi che il lavoratore non abbia assolto l'onere della prova della malattia. La sua assenza può pertanto, ritenersi ingiustificata.

E' inoltre, possibile che il certificato pur esteriormente regolare sia tuttavia inattendibile: è il caso di un certificato che contenga una prognosi fatta risalire dal medico ad un momento eccessivamente anteriore al giorno di effettuazione della visita medica (non è stata ritenuta eccessiva una prognosi estesa al giorno precedente, Cass. 3332/1991).

Sul tema, preme evidenziare che è possibile che il certificato medico copra anche i giorni antecedenti la visita solo se lo stato patologico sia ben conosciuto o comunque seriamente apprezzabile dal medico curante.

## **7 IL CONTROLLO**

Lo stato di malattia può essere controllato, su richiesta del datore di lavoro o dell'INPS, mediante l'utilizzo di apposite strutture sanitarie pubbliche, nella specie le ASL (mediante i rispettivi Servizi medico-legali) e l'INPS (mediante personale medico inserito in liste speciali istituite presso ogni sede dell'Istituto): questo perché l'art. 5 della Legge 300/1970 (Statuto dei Lavoratori) prevede espressamente che *“il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti”*, e non, dunque, attraverso medici di fiducia del datore di lavoro.

Dal 1° dicembre 2011, il datore di lavoro che intenda richiedere una visita medica di controllo può farlo esclusivamente per via telematica, attraverso il sito dell'INPS.

Allo scopo di rendere possibile il **controllo** dello stato di malattia, il lavoratore ha l'obbligo di essere reperibile presso l'indirizzo abituale o il domicilio occasionale durante tutta la durata della malattia, comprese le domeniche e i giorni festivi, nell'ambito delle fasce di reperibilità stabilite dalla legge.

In caso di assenza ingiustificata alla prima visita di controllo, il lavoratore perde il diritto al trattamento economico per i primi dieci giorni di malattia. L'assenza ingiustificata alla seconda visita di controllo comporta, invece, oltre alla sanzione precedente, anche la riduzione del 50% del trattamento economico spettante per il periodo successivo ai primi 10 giorni e sino alla conclusione del periodo di malattia. Da

ultimo, se il lavoratore risulta ingiustificatamente assente anche a una terza visita di controllo, la corresponsione dell'indennità di malattia a carico dell'INPS viene interrotta.

Parimenti, le sanzioni non vengono applicate anche nel caso in cui l'assenza del lavoratore alla visita di controllo sia giustificata. Si considera giustificata l'assenza dovuta a (Circ. INPS 8 agosto 1984, n. 183):

- forza maggiore;
- concomitanza di visite, prestazioni e accertamenti specialistici, sempreché il lavoratore dimostri che non potevano essere effettuati in ore diversi da quelle corrispondenti alle fasce orarie di reperibilità;
- situazione che abbia reso imprescindibile e indifferibile la presenza personale del lavoratore altrove, per evitare gravi conseguenze per sé o per i componenti del suo nucleo familiare.

Sul punto, la giurisprudenza ritiene *“non sanzionabile con la perdita dell'indennità di malattia l'assenza del dipendente alla visita di controllo determinata dalla presenza di un giustificato motivo”* (Cass. 6.4.2006, n. 8012, in Lav. nella giur., 2006, 769), pur incombendo sul lavoratore l'onere di provare che *“la causa del suo allontanamento dal domicilio durante le fasce orarie previste, pur senza la necessità di integrare una causa di forza maggiore, costituisca, ai fini della tutela del diritto alla salute, una necessità determinata da situazioni comportanti adempimenti non effettuabili in ore diverse da quelle di reperibilità”* (App. Milano 17.3.2006, in Lav. nella Giur., 2006, 1137; analogamente in Trib. Caltanissetta 23.5.2006, in Lav. nella giur., 2007, 207): in definitiva si può ritenere che *“il giustificato motivo di esonero del lavoratore dall'obbligo di reperibilità a visita domiciliare di controllo corrisponde ad ogni fatto che, alla stregua del giudizio medio e della comune esperienza, rende plausibile l'allontanamento del lavoratore dal proprio domicilio, senza peraltro potersi ravvisare in qualsiasi motivo di convenienza o opportunità”* (Cass. 2.8.2004, n. 14375, in Lav. nella giur., 2005, 176).

Per quanto riguarda il caso di **contrasto** tra il certificato del medico curante e quello del medico di controllo, secondo la giurisprudenza *“spetta al giudice di merito la valutazione comparativa delle certificazioni contrastanti onde stabilire quale delle due sia maggiormente attendibile”* (Trib. Parma 14.1.2000, in D&L, 2000, 409): a tal fine il giudice si potrà avvalere dei poteri istruttori conferitigli dalla legge, esprimendo un giudizio da ritenersi insindacabile in sede di legittimità se congruamente motivato (Cass. 5.9.1998, n. 5027).

Peraltro, l'insussistenza della malattia può essere desunta anche da circostanze diverse da un accertamento sanitario, quali quelle tenute dal lavoratore nel corso della presunta malattia, la cui conoscenza può essere acquisita dal datore di lavoro anche:

*“mediante **indagini** svolte da lui stesso o da persone da lui incaricate, nel rispetto dei limiti cui è assoggettata qualsiasi indagine privata sulla vita o sui comportamenti altrui”* (Trib. Perugia 17.9.2005, in Riv. It. Dir. Lav., 2006, 101).

Infine va ricordato che le disposizioni dell'art. 5 S.L. non precludono al datore di lavoro di procedere, al di fuori delle verifiche di tipo sanitario, ad accertamenti di *“circostanze di fatto atte a dimostrare l'insussistenza della malattia o la non idoneità di quest'ultima a determinare uno stato di incapacità lavorativa, quando non siano diretti ad attribuire all'indagine un carattere sanitario in senso tecnico, comportando dunque la sola osservazione del comportamento esteriore nella vita di tutti i giorni e non determinando una differenziazione dal punto di vista concettuale e qualitativo da ogni altro accertamento relativo allo svolgimento da parte del lavoratore assente per malattia di attività potenzialmente e apparentemente incompatibili con lo stato di malattia”* (Cass. 3.5.2001, in Lav. nella giur., 2001, 1156).

## **8 LA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Alla scadenza del periodo di comporto, il datore di lavoro può recedere dal contratto nel rispetto delle procedure previste per il licenziamento individuale, senza bisogno di fornire la prova del giustificato motivo oggettivo, né della sopravvenuta impossibilità della prestazione lavorativa, né della correlata impossibilità di adibire il lavoratore a mansioni diverse (Cass. 31.1.2012 n. 1404).

Il licenziamento, tuttavia, si considererà illegittimo nel caso in cui il superamento del periodo di comporto sia addebitabile alla malattia contratta dal lavoratore a causa della nocività del luogo di lavoro, che il datore abbia omesso di prevenire ovvero di eliminare (Cass. 7.4.2011 n. 7946).

Si ricorda che una recente circolare INPS stabilisce che il licenziamento per superamento del periodo di comporto non rientra nell'ambito dei licenziamenti per giustificato motivo oggettivo: ne deriva che la procedura preventiva di licenziamento introdotta dalla Riforma Fornero (che il datore di lavoro attiva inviando alla competente Direzione Territoriale del Lavoro e, per conoscenza, al dipendente, una comunicazione nella quale deve indicare la sua volontà di licenziare il dipendente e i motivi del licenziamento) non deve essere seguita per tale ipotesi di licenziamento (Circ. INPS 16 gennaio 2013, n. 3).

Soffermandosi sulle novità introdotte dalla c.d. Riforma Fornero, che ha profondamente modificato la disciplina applicabile ai licenziamenti di lavoratori in aziende con più di 15 dipendenti, si evidenzia che la legge prevede a carico del datore di lavoro, la sanzione della reintegrazione e il pagamento, a favore del dipendente, di un'indennità risarcitoria non superiore a dodici mensilità qualora licenzi il lavoratore ammalato, in violazione dell'obbligo di conservazione del posto di lavoro durante il periodo di comporto (cfr. art 18 comma 7 primo periodo L. 300/1970).

Quanto alle aziende con meno di 15 dipendenti, invece, nulla è mutato a seguito della Riforma Fornero: l'eventuale licenziamento intimato prima della scadenza del periodo di comporto continuerà, pertanto, a considerarsi **nullo** per violazione della norma imperativa prevista dall'art. 2110 c.c.

## **9 IL SETTORE PUBBLICO**

L'art. 55 septies del D.Lgs. 165/2001, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. n. 150 del 2009, ha previsto che in ipotesi di malattia superiore a 10 giorni ovvero a partire dal terzo evento nell'anno solare (da intendersi come anno di calendario 1° gennaio - 31 dicembre) la malattia può essere giustificata solo da certificazione medica rilasciata da una struttura pubblica o da un medico di base.

La certificazione medica deve, per tutte le assenze (quindi anche per quelle di un solo giorno), essere **trasmessa** dal medico all'Inps in via telematica secondo le modalità già in uso per il settore privato e dall'Istituto inviata immediatamente all'amministrazione.

L'**inosservanza** degli obblighi di trasmissione per via telematica costituisce illecito disciplinare per il medico il quale - riprendendo quanto analogamente previsto per il caso del medico che abbia redatto un certificato falso ovvero abbia rilasciato attestazioni di dati clinici non direttamente constatati o non oggettivamente documentati (art. 55 quinquies del D.Lgs. 165/2001) - in caso di reiterazione è soggetto, se dipendente dell'amministrazione a licenziamento ovvero, se convenzionato con le Asl, alla decadenza dalla convenzione.

La medesima norma (art. 55 septies D.Lgs. 165/2001 come modificato dal D.Lgs. 150/2009) disciplina altresì il **controllo** del dipendente durante l'assenza per malattia del dipendente.

Le fasce orarie di reperibilità, indicate dalla contrattazione collettiva come per il settore privato dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19, e poi fissate (con il D.L. 112/2008) dalle ore 8 alle ore 13 e dalle ore 14 alle ore 20, sono state rideterminate - come previsto dal 5° comma dell'art. 55 septies - con il Decreto del Ministro per la Pubblica

Amministrazione e l'Innovazione del 18.12.2009 (pubblicato sulla G.U. del 20.1.2010) nel seguente modo:

- dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18 di per tutti i giorni anche non lavorativi e festivi.

Secondo quanto previsto dal D.M. 18 dicembre 2009 sono esclusi dall'obbligo di rispettare le fasce di reperibilità i dipendenti per i quali l'assenza è causalmente riconducibile alle seguenti circostanze:

- 1.patologie gravi che richiedono terapie salvavita
- 2.malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio
- 3.stati patologici sottesi o connessi a situazione di invalidità riconosciuta.

Sono altresì esclusi i dipendenti nei confronti dei quali è stata già effettuata la visita fiscale per il periodo di prognosi indicato nel certificato.

## **10 IL MALATO ONCOLOGICO**

L'ordinamento tutela con svariate misure il malato oncologico.

Per il caso in cui il malato non abbia ancora trovato un lavoro ed è riconosciuto disabile (L.68/1999) con accertamento della riduzione della capacità di lavoro dal 46 al 100% effettuato da parte della Commissione Medica Asl, potrà essere avviato al collocamento obbligatorio mediante iscrizione in apposite liste.

Qualora invece, il malato oncologico abbia già un lavoro, può chiedere di non svolgere il **turno notturno** dietro presentazione di certificazione medica che ne attesta l'inidoneità. analoga agevolazione è prevista per il familiare che si occupa di un malato di cancro può chiedere di non svolgere il turno notturno.

Inoltre, qualora ai sensi dell'art 12 bis co. 1 dlgs 61/2000 laddove residui una ridotta capacità lavorativa, il lavoratore potrà chiedere la trasformazione del rapporto da tempo pieno a **tempo parziale** e potrà chiedere il ritorno al tempo pieno, recuperata la piena capacità di lavoro.

La contrattazione collettiva prevede poi una disciplina più favorevole per il malato oncologico che deve effettuare assenze per ricevere **terapie salvavita**: ad esempio, alcuni ccnl prevedono, il prolungamento del contratto, l'esclusione dal contratto dei giorni di ricovero ospedaliero e day-hospital (assenze per terapie salva vita) e i giorni di assenza dovuti alle conseguenze di terapie antitumorali, purchè certificati.

Nel caso in cui sia accertato lo stato di **handicap grave**, il lavoratore ha diritto a **2 ore giornaliere** di **permesso** o in alternativa a 3 giorni mensili, il familiare a 3 giorni mensili a condizione che la persona non sia ricoverata; al diritto di chiedere il

trasferimento, ove possibile, presso la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e l'inaffidabilità ad altra sede senza il consenso.

I familiari di un lavoratore oncologico, hanno diritto a 3 giorni di permesso al mese a condizione che il lavoratore non sia ricoverato (art 33 L. 104/1992); alla priorità della trasformazione del rapporto di lavoro da full time a part time a condizioni che il malato sia il coniuge, il figlio, i genitori o un convivente che si trovi nella condizione di totale e permanente impossibilità al lavoro; ad un periodo di congedo straordinario retribuito fino a 2 anni continuativo o frazionato sempre che il lavoratore non sia ricoverato, salvo che sia prevista la necessità dell'assistenza ospedaliera.

Ai sensi dell'art 7 d.lgs 119/2001, nel caso in cui sia accertata una **invalidità civile superiore al 50%**, il lavoratore avrà diritto ad un periodo di congedo non superiore a 30 giorni da utilizzare anche in modo frazionato. Per fruirne, il lavoratore dovrà presentare al datore di lavoro una domanda corredata da un certificato medico ssnn o struttura convenzionata ove risulti la necessità della cura in rapporto alla invalidità.

Nel caso di trattamenti medici continuativi, non occorre presentare ogni volta un certificato basta presentarne uno cumulativo.

Si ricorda che i giorni di congedo non sono computati nel periodo di comporto.

Nel caso in cui sia accertata una **riduzione della capacità lavorativa non inferiore a un terzo (74%)**, il lavoratore, iscritto all'INPS con cinque anni di contribuzione di cui tre anni nel quinquennio precedente alla presentazione della domanda, potrà chiedere l'**assegno** ordinario di invalidità.

Nel caso in cui sia accertata una **invalidità totale (100%) e permanente**, il lavoratore ha diritto alla **pensione di inabilità**.

Si evidenzia che per ottenere i benefici di cui sopra occorre che al malato oncologico sia accertata una condizione di inabilità parziale o totale al lavoro o lo stato di handicap grave.

Infine se il malato, accertato invalido totale risulta essere privo della capacità di provvedere autonomamente alla propria persona, avrà diritto all'**indennità d'accompagnamento**.

Se la patologia tumorale è di origine professionale (elenco dpr 1124/1965), il lavoratore ha diritto ad una prestazione economica a carico dell'INAIL.

Il lavoratore deve comunicare al datore di lavoro il sospetto dell'origine professionale dietro presentazione di un certificato medico, da presentarsi entro 15 giorni dall'insorgenza della patologia.

Il datore di lavoro ha l'obbligo di denunciare all'INAIL la malattia professionale entro 15 giorni dalla presentazione del certificato medico.

Da ultimo si ricorda che ai minori affetti da patologie tumorali che frequentino scuole di ogni ordine e grado, centri terapeutici, di riabilitazione, di formazione e di addestramento spetta l'**indennità di frequenza**. E' incompatibile con l'indennità di accompagnamento e cessa al compimento del 18° anno di età.

## **11 IL LAVORATORE PSICHIATRICO**

Per quanto concerne il malato psichiatrico (paziente oligofrenico, paziente con disturbi di personalità, paziente con disturbi dell'umore e paziente con condotte di abuso ) la cui condizione sia accertata da un medico, l'ordinamento prevede l'avviamento al lavoro mediante l'iscrizione in liste speciali solo se invalido.

Se il malato non è invalido, accede al lavoro attraverso i normali canali previsti.

Se il malato psichiatrico è privo della capacità di lavoro potrà presentare la domanda per ottenere la pensione di invalidità.

Si ricorda che l'accesso al mondo del lavoro è favorito o attraverso il collocamento obbligatorio (L. 68/1999) o attraverso comunità terapeutiche per disabili.

## **12 IL LAVORATORE DIPENDENTE**

L'ordinamento prevede una disciplina specifica contenuta nel TU 309/1990.

In primo luogo, occorre precisare che la tutela prevista dal T.U. 309/1990 è più ampia di quella prevista dall'art 2120 cc .

Il T.U. 309/1990 prevede infatti, per i lavoratori assunti a tempo indeterminato che sono risultati positivi alla verifica dell'assunzione di sostanze stupefacenti, la cessazione del rapporto (art 125 co. 3) solo nei casi in cui lo svolgimento della mansione comporta rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute pubblica.

Per gli altri, il lavoratore che intenda sottoporsi ad un programma terapeutico e di riabilitazione ha diritto alla conservazione del posto di lavoro per un tempo pari alla durata della cura e comunque, non superiore a 3 anni (art 124 co.1).

Questo periodo non è retribuito e non è computato nell'anzianità di servizio. Il diritto di aspettativa compete anche ai familiari, qualora il servizio per le tossicodipendenze ne accerti la necessità (art 124 co. 2).

La disciplina non si applica al rapporto di lavoro a termine.

Si ricorda poi che per i lavoratori che svolgono mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi, la legge impone al datore di lavoro l'obbligo

di un accertamento preventivo (prima dell'assunzione) e periodico dell'assenza della tossicodipendenza da effettuarsi a cura del SSN.

Il lavoratore ha l'onere pena il licenziamento, di sottoporsi agli accertamenti previsti.

In caso positivo, il datore di lavoro è tenuto a far cessare lo svolgimento della mansione

Il 30 marzo del 2001 l'ordinamento ha emanato una legge quadro in materia di alcool e di problemi alcoolcorrelati (Legge n° 125/2001) che all'art. 15 introduce delle novità rispetto alla normativa precedente in materia di sicurezza sul lavoro e uso di bevande alcoliche.

Sono: **1.** il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle attività lavorative con elevato rischio di infortunio; **2.** la possibilità per il medico competente o per il medico del lavoro dei servizi pubblici di effettuare controlli alcolimetrici; **3.** la conservazione del posto di lavoro al lavoratore con problemi alcol-correlati che intraprenda un percorso terapeutico per il tempo occorrente al completamento del trattamento riabilitativo e, comunque, per un periodo di tempo non superiore ai tre anni.

Si ricorda infine che la dipendenza da alcol o stupefacenti non è di per sé sufficiente a legittimare il recesso dal contratto, essendo necessario accertare di volta in volta la condotta del dipendente e la sua idoneità a ledere definitivamente il rapporto fiduciario (Cass. 26.5.2001, n. 7192).

## **BIBLIOGRAFIA**

- o Diritto del Lavoro, Commentario diretto da F. Carinci, UTET
- o Trattato dei Contratti diretto da P. Rescigno e E. Gabrielli: I contratti di Lavoro, a cura di A. Vallebona, Utet
- o Diritto del Lavoro, Luisa Galantino, Giappichelli, Torino.

[www.italgiureweb.it](http://www.italgiureweb.it)

[www.wikilabour.it](http://www.wikilabour.it)



# *Il Ruolo delle Associazioni di Volontariato*

*Dott.ssa Adele Patrini,*

Presidente Associazione CAOS – Centro di Ascolto Operate al Seno, Onlus

## AFFETTI COLLATERALI

### Premessa

- Ogni opera trae origine da un incontro di idee, frutto a loro volta di una spinta creativa del pensare, inteso come capacità di percepire, osservare e riconoscere bisogni e processi nuovi e complessi.
- Pensare la qualità in ambito sanitario vuol dire immaginare uno scenario dove, curare e prendersi cura, finalmente, si incontrano per creare nuovi ambiti dove, intorno ad un tavolo di discussione di esigenze profonde tra chi domanda e chi offre salute, si disegnano i luoghi dei desideri, le cui possibili risposte devono incontrare i bisogni più veri e reali di chi soffre.
- Questo progetto nasce da un “ pensare insieme” di chi vuol comprendere l'importanza di realizzare quel salutare “prendersi cura” dell'insieme che abita l'esperienza articolata e dolorosa del paziente e della sua famiglia.
- Il progetto vuol rappresentare una scienza che sia espressione di libertà, relazione ed individuazione e vuol essere un modello integrato di cura che contenga: ricerca, scambio di saperi, considerazione della persona, formazione e solidarietà.

## DESTINATARI DEL PROGETTO

DONNE afferenti alla Breast Unit – degli Ospedali di Varese – Gallarate – MultiMedica Castellanza e loro FAMIGLIARI

## OBIETTIVI DEL PROGETTO:

- Sviluppare la consapevolezza individuale accompagnando e stimolando l'esperienza del momento presente (informazione e comunicazione).
- Rimotivare e sollecitare la scoperta di nuove risorse e potenzialità della persona.
- Stimolare la creatività e l'energia.

- Trasmettere l'importanza del contatto attivo attraverso la relazione/condivisione, perché ogni tema individuale è anche tema socio-interattivo (sentirsi parte di – alleanza – identificazione)
  - Creare opportunità di nuovi contatti relazionali e creativi.
  - Permettere alle pazienti ed alle loro famiglie di trascorrere momenti ludici e sereni (gestione degli spazi bianchi).
  - Promuovere percorsi capaci di innescare nelle donne che si ammalano momenti di trasformazione e di autonomia decisionale.
  - Ottimizzare la risposta terapeutica.
  - Fare rete tra le intelligenze esistenti.

## CONVOLGIMENTO

IL PROGETTO rappresenta un MODELLO scientifico e culturale, portato all'attenzione della Cittadinanza, degli Organi di Informazione, delle Istituzioni, delle Realtà Scientifiche e del Terzo Settore (tavole rotonde, seminari, workshop, conferenze stampa, etc...) perché ogni singolo cittadino è:

1. soggetto sociale che partecipa alla rimozione di ostacoli che generano svantaggio, degrado, perdita della coesione sociale;
2. individuo che favorisce la crescita del sistema democratico proponendo e sostenendo idee e progetti;
3. persona che concorre a programmare e valutare le politiche sociali in pari dignità con le Istituzioni e le Realtà Scientifiche (welfare-community).

# *La Patologia Invalidante e la tutela dell'incapace*

*Dott.ssa Daniela Piglia*

Coordinatrice dell'Associazione Oltre Noi...la Vita Onlus per la Protezione Giuridica

***Oltre noi la vita Onlus –  
associazione di volontariato che da 20 anni si occupa di protezione giuridica  
delle persone con fragilità***

OLTRE NOI..LA VITA onlus è un'organizzazione di volontariato, fondata vent'anni fa da Fondazione Don Gnocchi, Istituto Sacra Famiglia, AIAS e ANFFAS, per occuparsi particolarmente della protezione giuridica delle persone con fragilità, inizialmente per disabilità intellettiva, poi anche per disagio psichico, patologie della vecchiaia, dipendenze e altro.

**Operato ed esperienza dell'associazione** legato molto alla storia della protezione giuridica in Italia: alla genesi della amministrazione di sostegno:

- **Fra i promotori della legge sull'amministrazione di sostegno e fra i principali artefici della promozione e diffusione della figura dell'Amministratore di Sostegno**
- istituto di protezione giuridica che si affianca ad interdizione e inabilitazione, ormai applicate residualmente, innovativo e flessibile, si modella nell'intensità sulle necessità della persona, mettendola al centro e dandole una rappresentanza legale nel rispetto delle sue aspirazioni e delle sue residue capacità: come afferma la legge 6 del 2004 che introduce questo strumento di protezione, si tratta di *tutelare con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.*
- **l'ads trova oggi declinazione concreta nelle varie aree di fragilità**, specie in quelle di nuova emergenza sociale: questa legge si occupa di tutte le situazioni di fragilità, avendo come destinatari le persone prive in tutto o in parte di autonomia.
- Nella scelta dell'ampiezza dell'ads si deve preferire la minore limitazione possibile: vuol dire che è **una misura flessibile, adattabile nei contenuti e nella durata, un vestito ritagliato secondo le esigenze della singola persona.**

- L'amministratore di sostegno quindi ha un mandato a rappresentare assistendo e affiancando, solo talvolta sostituendo, è da concepire come una presenza attenta alla persona nella sua globalità, fatta di necessità obiettive, di cura assistenza, anche ma non solo amministrative e burocratiche, ma anche di desideri e di aspirazioni, di opinioni da tenere in considerazione. Questo è un passaggio fondamentale **perché si attua una RIVOLUZIONE COPERNICANA mettendo al centro la persona e la relazione con essa** anche se ancora legge poco conosciuta: operato quotidiano di promozione di una corretta applicazione, sportello di consulenza, attività di sensibilizzazione e formazione aspiranti ads, familiari e volontari.  
Si è promosso un Progetto a livello regionale, con Fondazione Cariplo COGE e Coordinamento Regionale Servizi Volontariato, nel 2008.
- Su MILANO Il **Progetto ADS Milano INSIEME A SOSTEGNO**, Progetto di rete interassociativa per la promozione dell'ads in tutte le aree di fragilità:
- Principali fra le trenta associazioni coinvolte: AUSER ANTEAS COORDINAM DIPENDENZE COORDNAM SALUTE MENTALE COORDINAM DISABILITA' ANFFAS etc,
- In rete fra loro, una rete che sorregge, **UNA RETE COMPETENTE E PROSSIMA.**
- **OBIETTIVI:**
  - Attraverso la rete, intercettazione del bisogno e risposta capillare per rendere effettivo il diritto alla protez giur.
- **STRUMENTI:**
  - Orientamento e consulenza attraverso i punti di prossimità per la protez giuridica
  - Sensibilizzazione e formazione di familiari operatori e volontari
- Le prospettive auspicate: da progetto a sistema che veda in campo istituzioni (TRIB, ASL , COMUNE) e privato sociale.

#### **ALCUNI DATI RIFERITI AL 2012**

**Incontrate circa 400 persone**

**Diramate 25 newsletter, cui sono iscritte ca 1000 persone**

Incontri di sensibilizzazione circa 15      Partecipanti circa **600**

Percorsi formativi per famiglie e volontari      n° **3**

Percorsi formativi per operatori sociali      n° **2**

# *MMG e Fragilità*

*Dott.ssa Rita Cambieri*

Medico di Medicina Generale

Il concetto di fragilità è stato elaborato una decina di anni fa inizialmente solo per i pazienti anziani, introducendo criteri che riguardavano l'aspetto bio-medico interpretando la fragilità come una ridotta resistenza di riserve funzionali con una conseguente vulnerabilità, in tempi recenti sono stati ampliati i criteri aggiungendo l'aspetto bio-psico-sociale in cui vengono compresi anche gli aspetti fisici, psichici e sociali la cui perdita o carenza comporta un maggior rischio di eventi avversi allo stato di salute.

Si è così modificato nel tempo il tipo di approccio al paziente incentrato prima solo sul problema di malattia o di interessamento d'organo verso una visione più globale dello stato di salute integrato nei suoi diversi aspetti.

Inoltre quest'ultima interpretazione rende più dinamico il concetto di fragilità, non più applicabile solo al soggetto anziano, ma anche al soggetto affetto da malattia acuta invalidante, al soggetto socialmente isolato, al malato psichiatrico, al soggetto portatore di handicap, al soggetto non più in grado di affrontare economicamente la vita quotidiana

Fatte queste considerazioni appare evidente come la figura del MMG per la presenza capillare sul territorio, per la conoscenza nel tempo dell'individuo, della sua famiglia e del contesto in cui è inserita, per la facilità di accesso senza oneri aggiuntivi, rappresenti una risorsa per l'individuazione della fragilità.

Individuazione però non vuol dire soluzione di problematiche di salute che spesso come detto prima coinvolgono aspetti della vita di non stretta competenza della Medicina Generale anche se di fatto influenzano lo stato di salute in modo importante.

Nella gestione della fragilità è indispensabile l'integrazione di figure professionali diverse ognuna nel rispetto delle competenze altrui.

Per cui il MMG il cui compito principale è quello di approfondire le problematiche di tipo sanitario, verificandone l'importanza e l'influenza sulla qualità della vita del paziente, e del monitoraggio sanitario nel tempo, deve avere la possibilità di avvalersi della collaborazione di professionisti di strutture dedicate.

Il sostegno degli enti pubblici appare a volte deficitario non per cattiva volontà degli operatori, prevalentemente per una scarsità di risorse anche in termini di energia nonostante le intenzioni.

Il medico di famiglia non sempre ha la possibilità di indirizzare il paziente ed i suoi familiari verso il professionista e/o la struttura che meglio può rispondere alle esigenze del caso.

La gestione del paziente fragile rimane comunque nella maggioranza dei casi un onere a carico della famiglia, in alcuni casi aiutata dalle strutture pubbliche disponibili ed in altri casi specifici da associazioni di volontari con oneri economici a loro totale carico (ONLUS), che rispondono sempre al meglio alle necessità dell'assistito.

Purtroppo spesso per assurdo è il paziente fragile stesso che in mancanza e/o carenza di strutture adeguate e/o personale dedicato deve trovare la strada per ottenere una miglior risposta ai suoi problemi.

Negli ultimi anni con l'erogazione da parte delle ASL di servizi quali ADI ed ADP si è data la possibilità per alcune fasce di fragilità di usufruire di un servizio mirato a modificare, in alcuni casi con successo, la situazione sanitaria dei soggetti prevalentemente anziani in alcune fasce di reddito, utilizzando anche l'opera di "custodi sociali" dedicati.

### *Piano di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di Regione Lombardia*

Da Luglio 2012, la Regione Lombardia ha avviato un procedimento di riforma degli interventi a sostegno della domiciliarità, che prevede la sperimentazione di un nuovo modello di valutazione dell'utente fragile. (DGR n. 1746/2011 e Decreto Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 6032/2012)

Per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si intende l'intervento, a domicilio del paziente, di Infermieri Professionali, Terapisti della Riabilitazione, personale addetto all'igiene del paziente (ASA/OSS) ed altri operatori sanitari secondo un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale - PAI).

L'ADI è dedicata a persone in situazioni di fragilità, senza limitazioni di età o di reddito, caratterizzate dalla presenza di:

- una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo
- una condizione di non deambulabilità e di non trasportabilità presso le strutture ambulatoriali.

Quando il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Famiglia del paziente ritengano necessaria l'attivazione dell'ADI, in seguito alla compilazione della richiesta, con limitazioni prestazioni/anno ad esempio per interventi riabilitativi, inizierà l'erogazione dei servizi mediante l'assegnazione del Voucher Socio Sanitario Regionale che consiste in un contributo economico, assegnato dall' ASL sottoforma di "titolo di acquisto", articolato su diversi Profili di cura, stabiliti in base all'intensità dell'assistenza necessaria. Può essere utilizzato esclusivamente per ottenere prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria/cure palliative/prelievi a domicilio.

Per accedere al Voucher non vi sono limitazioni di età o di reddito e le prestazioni erogate sono completamente gratuite.

Il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia rilascia all'utente/familiare la richiesta di attivazione ADI, formulata sul Ricettario Regionale specificando il bisogno di ADI. All'erogazione del voucher verranno forniti ai richiedenti l'elenco dei gestori convenzionati.

L'utente/famiglia potrà contattare l'Ente Gestore anche telefonicamente, al fine di concordare tempi e modalità di presa in carico. In occasione dell'attivazione del Voucher Socio Sanitario gli operatori sanitari dei Punti Fragilità dei Distretti della ASL potranno effettuare una visita domiciliare al fine di una valutazione complessiva dei bisogni assistenziali.

#### *Attività rivolta alla Popolazione Fragile nel piano di Regione Lombardia*

Si tratta di un accompagnamento nella rete dei servizi e di sostegno alla famiglia.

- Le strutture distrettuali per la Fragilità e le Cure Domiciliari ricevono l'utenza e fanno la prima accoglienza ascoltando i bisogni espressi dagli utenti: ciò può portare ad un segretariato informativo oppure ad una presa in carico con la individuazione dei percorsi più adeguati per l'utente.
- Se è necessaria l'assistenza all'utente, vi è la definizione del Piano di Intervento Personalizzato.

Raccolte le informazioni necessarie alla valutazione del caso, l'operatore esegue la valutazione domiciliare, in contatto con il Medico di Medicina Generale, e se necessario, esegue anche gli approfondimenti, domiciliari e telefonici, con il geriatra o gli specialisti.

- Nei casi complessi avviene anche la valutazione nelle Equipe socio-sanitarie.
- Le risorse identificate come necessarie per l'utente, vengono attivate secondo le procedure proprie di ogni singolo nodo della rete.

Laddove sia ritenuta necessaria la attivazione di interventi di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA vi è la erogazione del Voucher socio-sanitario.

*(Il Voucher Socio-Sanitario Regionale è un contributo economico che può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da organizzazioni accreditate pubbliche e private, profit e non profit (Enti Gestori accreditati con l'ASL), prestazioni svolte da personale qualificato).*

#### *Attività rivolta alla popolazione Anziana*

##### Educazione alla salute e prevenzione del rischio di disabilità

I soggetti anziani e fragili, se sottoposti ad un programma di attività fisica adeguato, sono in grado di migliorare le proprie performance motorie e la percezione del benessere. è pertanto determinante il ruolo dell'esercizio fisico nella prevenzione della disabilità. Le cadute, la riduzione della autonomia motoria, la demotivazione, la depressione, la malnutrizione e le infezioni ricorrenti sono solo alcuni esempi di possibili rischi cui un anziano inattivo può andare incontro.

Proprio per questo vengono organizzati i corsi di educazione al movimento che durano otto mesi e sono strutturati creando dei momenti di educazione sanitaria e al movimento, seguiti da un programma definito di attività motoria. La frequenza è bisettimanale con una durata di almeno 60 minuti per sessione.



# APPUNTI

# APPUNTI