

## **LILT e Diritto alla Salute**

*Raccolta degli articoli di giurisprudenza  
della rubrica “UBI SOCIETAS, IBI IUS”*

*A cura del Servizio SOS LILT*

## Introduzione

*UBI SOCIETAS, IBI IUS* è una massima giuridica del Diritto Romano, che esprime la seguente intuizione: ogni comunità umana, in quanto tale, necessita di essere retta da regole volte a stabilire ciò che i singoli possono o debbono fare. Per esteso recita “*Ubi homo, ibi societas. Ubi societas, ibi ius. Ergo ubi homo, ibi ius*”: **gli uomini non possono fare a meno di stare insieme ed essi, nello stare insieme, non possono fare a meno di creare sistemi di regole e principi per “vivere civilmente”**.

Ispirandoci a questo basilare concetto “di civiltà”, riportiamo alcuni tra i principi e le regole nazionali ed internazionali che, nel secolo passato e attualmente, hanno tutelato e tutelano la salute del singolo e della comunità.

## Indice

<b>Introduzione .....</b>	<b>2</b>
<b>Indice .....</b>	<b>3</b>
<b>Parte I – Fumo e diritto alla salute.....</b>	<b>6</b>
1934 .....	6
1948 .....	6
Il diritto alla salute nella Costituzione italiana.....	7
1° Gennaio 1948 La Costituzione Italiana .....	7
La legislazione antifumo in Italia negli anni 60-70.....	10
Legge n.165 del 10 aprile 1962.....	10
Legge n.584 dell'11 novembre 1975.....	10
Circolare Ministero della Salute n. 69 del 05 ottobre 1976 .....	10
Decreto Ministero della Salute n. 133 del 18 maggio 1976 .....	10
Dichiarazioni internazionali degli anni 70-80.....	11
Dichiarazione di Alma Ata - 1978.....	11
La Carta di Ottawa per la promozione della salute - 1986.....	11
La Carta contro il tabacco - 1988 .....	12
La legislazione antifumo in Italia negli anni 80-90.....	13
Decreto del Presidente della Repubblica n. 753 dell'11 luglio 1980 .....	13
Art. 46 della Legge n.428 del 29 dicembre 1990 – Etichettatura dei prodotti del tabacco.....	13
Decreto ministeriale n.425 del 30 novembre 1991 .....	13
Decreto ministeriale n.581 del 09 dicembre 1993 .....	13
Decreto Legislativo n.626 del 19 settembre 1994 .....	14
Direttiva del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995 .....	15
Legge n.3 del 16 Gennaio 2003.....	16
Circolare del Ministero della Salute del 17 dicembre 2004.....	17
Conoscere l'art. 51 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 “Tutela della salute dei non fumatori” .....	19
Dove si applica il divieto di fumo .....	19
Dove è possibile fumare .....	19

Gli spazi condominiali .....	19
Cosa fare quando il divieto non viene rispettato.....	19
Cosa può fare chi vuole smettere di fumare.....	20
WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC.....	21
Misure finanziarie e fiscali tendenti a ridurre la domanda di tabacco – articolo 6 .....	21
Protezione contro l'esposizione al fumo del tabacco – articolo 8.....	21
Confezionamento ed etichettatura dei prodotti del tabacco – articolo 11.....	22
Pubblicità in favore del tabacco, promozione e sponsorizzazione – articolo 13.....	22
Misure tendenti a ridurre la domanda in rapporto alla dipendenza dal tabacco e alla disintossicazione dal tabacco – articolo 14 .....	22
Commercio illecito dei prodotti del tabacco – articolo 15.....	22
<b>Parte II – Diritti del Malato oncologico .....</b>	<b>23</b>
L'invalidità civile.....	23
Come richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile e dello stato di handicap Legge 102/2009 di conversione del decreto-legge n. 78/2009, art. 20.....	23
Iter accelerato per il riconoscimento dell'invalidità civile e dello stato di handicap Legge n. 80/2006, art. 6 .....	24
Le provvidenze d'invalidità.....	25
Legge n. 118/1971 come modificata dall'art. 6 del Decreto legislativo n. 509/1988.....	25
La pensione di inabilità .....	25
L'assegno di invalidità.....	25
Indennità di accompagnamento - Legge n. 18/1980 e Legge n. 508/1988 .....	26
Indennità di frequenza - Legge n. 289/1990.....	27
Alcune agevolazioni sul lavoro .....	29
Il rapporto di lavoro a tempo parziale - Decreto legislativo n. 276/03 .....	29
Lavoro notturno.....	30
Sedi di lavoro e trasferimenti.....	30
Mansioni lavorative .....	30
Comporto e aspettativa .....	32
Periodo di comporto.....	32
Aspettativa non retribuita .....	32
Permessi lavorativi .....	34



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

*prevenire è vivere*

Permessi lavorativi retribuiti .....	34
Permessi lavorativi per eventi e cause particolari.....	35
Congedo biennale non retribuito per gravi motivi familiari .....	35
Congedo straordinario biennale retribuito .....	36
Congedo retribuito di 30 giorni all'anno per cure connesse alla patologia .....	36
Esenzioni dal ticket.....	38
Contrassegno per la libera circolazione e la sosta .....	39
Trasporto alle terapie.....	40
Assistenza domiciliare .....	40
Le principali agevolazioni fiscali per i disabili .....	41
Figli a carico .....	41
Veicoli.....	41
Altri mezzi di ausilio e sussidi tecnici e informatici.....	42
Abbattimento delle barriere architettoniche .....	42
Spese sanitarie.....	42
Assistenza personale.....	42
<b>Riferimenti .....</b>	<b>44</b>
<b>Contatti .....</b>	<b>47</b>

## Parte I – Fumo e diritto alla salute

### 1934

La normativa italiana sul tabagismo si pone come obiettivo generale quello di tutelare la salute dei cittadini. Soprattutto dei giovani.

**Fin dal 1934 è in vigore il Regio Decreto 2316 “*Testo unico delle leggi sulla protezione e l’assistenza della maternità e dell’infanzia*”, che all’art. 25 sancisce il divieto di vendita e somministrazione di tabacco ai minori di 16 anni, ai quali è vietato anche di fumare nei luoghi pubblici.**

### 1948

Anche a livello internazionale la salute è stata riconosciuta diritto fondamentale dell’uomo. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità la SALUTE è:

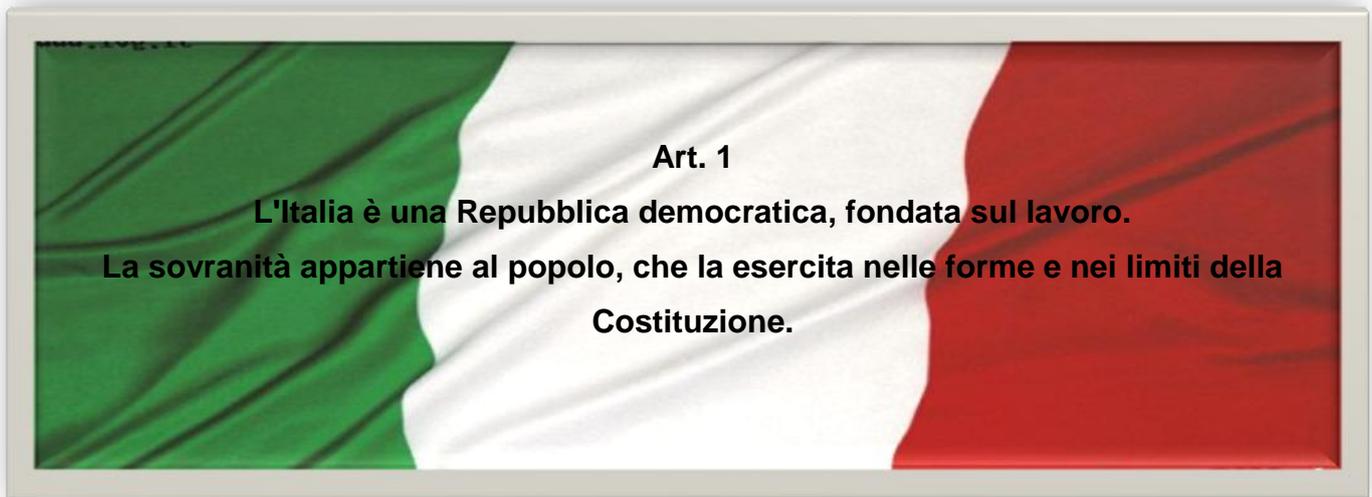
**"Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità."**

In base a questo principio, oltre alla gestione dei sistemi sanitari, gli Stati dovrebbero farsi carico di modificare quei fattori che agiscono negativamente sulla salute pubblica.

## IL DIRITTO ALLA SALUTE NELLA COSTITUZIONE ITALIANA

1° gennaio 1948

La Costituzione Italiana



Nella Costituzione Italiana la tutela della salute si prefigura come diritto fondamentale dell'uomo nonché interesse della collettività. È l'unico tra i diritti inviolabili (**art. 2**) previsti dalla Costituzione ad essere definito come «*diritto fondamentale dell'individuo*» (**art. 32**), dal momento che esso rappresenta il presupposto per il godimento di tutti gli altri diritti inviolabili che la Costituzione stessa prevede.

### **Art. 2**

**La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.**

Inteso come diritto sociale, il diritto fondamentale e l'interesse della collettività alla tutela della salute prefigura, inoltre, un servizio pubblico obbligatorio da parte dello Stato, in base al principio di uguaglianza sostanziale di cui all'**art. 3**, comma 2 della Costituzione.

**Art. 3**

**Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.**

**È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.**

L'art. 32 della Costituzione Italiana definisce la salute come “fondamentale diritto dell'individuo” e come “interesse della collettività”: nel nostro ordinamento, dunque, lo stato di salute non riguarda soltanto il singolo ma si riflette sull'intera collettività.

Il diritto alla salute si configura, più in generale, come valore costituzionale supremo:

**Art. 32**

**La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.**

**Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.**

L'art. 41, riconoscendo la libertà di iniziativa economica privata, stabilisce, al secondo comma, che essa non può svolgersi «*in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana*». Ciò ha consentito di affermare che la legge del profitto non può, in nessun caso, costituire un limite al diritto alla salute.

**Art. 41**

**L'iniziativa economica privata è libera.**

**Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.**

**La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali.**

La tutela del diritto alla salute è affidata alla Repubblica: quindi a tutti noi, alla luce della definizione proposta dall'**art. 114** della Costituzione.

**Art. 114**

**La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato.**

**I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione.**

**Roma è la capitale della Repubblica. La legge dello Stato disciplina il suo ordinamento.**

## **LA LEGISLAZIONE ANTIFUMO IN ITALIA NEGLI ANNI 60-70**

Oltre alla tutela costituzionale, gli interventi legislativi rappresentano uno degli strumenti di salute pubblica più efficaci nella lotta al tabagismo. L'Italia è sempre stata all'avanguardia in Europa per quanto riguarda la legislazione antifumo.

**10 aprile 1962**

**Legge n. 165**

Stabilisce il divieto della propaganda pubblicitaria dei prodotti da fumo, senza fare distinzioni tra pubblicità diretta e indiretta.

**11 novembre 1975**

**Legge n. 584**

Introduce il divieto di fumo in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico. In particolare, introduce il divieto di fumare nelle corsie degli ospedali, nelle aule scolastiche, nelle strutture di trasporto collettivo, nei cinema, nei musei, nelle gallerie e in numerosi altri luoghi pubblici o adibiti a pubblica riunione.

**05 ottobre 1976**

**Circolare Ministero della Salute n. 69**

Precisazioni sull'applicazione della legge n. 584 dell'11 novembre 1975.

**18 maggio 1976**

**Decreto Ministero della Salute n. 133**

Introduce disposizioni relative agli impianti di condizionamento o ventilazione regolamentati dalla legge 11 novembre 1975, n. 584, sul divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico.

## **DICHIARAZIONI INTERNAZIONALI DEGLI ANNI 70-80**

### **Dichiarazione di Alma Ata**

**1978**

La Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria venne adottata alla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria nel 1978 ad Alma Ata, ex-Unione Sovietica e costituisce l'evento più significativo degli anni '70 per quanto riguarda la salute internazionale.

Essa, riconoscendo la necessità di un'azione urgente da parte di tutti i governi, di tutti gli operatori sanitari e di tutta la comunità mondiale per proteggere e promuovere la salute di tutti i popoli del mondo, sollecita tutti gli organi sopra menzionati a sostenere tale impegno, nazionale e internazionale, sviluppando e mantenendo l'assistenza sanitaria primaria in accordo con lo spirito e il contenuto della Dichiarazione stessa. In essa emerge chiaramente il principio che aumentare l'attenzione primaria alla salute degli individui e della comunità rappresenti una strategia per aumentare il livello della salute della popolazione.

### **La Carta di Ottawa per la promozione della salute**

**1986**

Il concetto di promozione della salute è stato definito dalla Carta di Ottawa nel 1986 come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla". Sempre secondo la Carta, per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo deve essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è vista, quindi, come un concetto positivo che valorizza sia le risorse personali che quelle sociali.

La Carta di Ottawa, a distanza di 27 anni, rappresenta certamente un riferimento straordinariamente attuale per quanto riguarda le politiche volte allo sviluppo della salute.

## La Carta contro il tabacco

1988

La Carta contro il tabacco venne adottata in occasione della *Conferenza Europea sulle Politiche nei confronti del tabacco* promossa dall'OMS a Madrid nel 1988. Essa sancisce una serie di diritti per un'Europa libera dal fumo. Affinché tali diritti possano essere goduti da tutti i cittadini europei, la Carta raccomanda alle Istituzioni, agli operatori sanitari, alla comunità e a tutti i soggetti coinvolti di seguire dieci strategie:

1. Riconoscere e mantenere il diritto dei cittadini a scegliere una vita libera dal fumo.
2. Stabilire con legge il diritto a disporre di ambienti comuni liberi dal fumo.
3. Proibire la pubblicità e la promozione del tabacco e le sponsorizzazioni da parte dell'industria del tabacco.
4. Informare ciascun membro della comunità del pericolo derivante dall'uso del tabacco nonché dell'ampiezza della sua diffusione.
5. Assicurare la più ampia disponibilità di aiuto ai fumatori che desiderano smettere di fumare.
6. Imporre un'imposta di importo almeno pari all'1% sull'ammontare delle tasse derivanti dalle vendite di tabacco allo scopo di finanziare specifiche attività di controllo sul tabacco e di promozione della salute.
7. Istituire graduali disincentivi finanziari.
8. Proibire nuovi metodi di distribuzione della nicotina e bloccare le future strategie di mercato dell'industria del tabacco.
9. Tenere sotto controllo l'ampiezza del fenomeno e valutare l'efficacia delle contromisure adottate.
10. Realizzare alleanze fra tutti i settori della comunità che desiderano svolgere un ruolo attivo nella promozione della salute.

## **LA LEGISLAZIONE ANTIFUMO IN ITALIA NEGLI ANNI 80-90**

**11 luglio 1980**

**Decreto del Presidente della Repubblica n. 753**

«Nuove norme in materia di polizia, sicurezza e regolarità dell'esercizio delle ferrovie e di altri servizi di trasporto». Introduce il divieto di fumo in determinati luoghi delle ferrovie pubbliche, prevedendo altresì norme sanzionatorie per i trasgressori.

**29 dicembre 1990**

**Legge n. 428**

**Art. 46 – Etichettatura dei prodotti del tabacco**

Detta le disposizioni tecniche per l'etichettatura dei prodotti del tabacco conformemente alle prescrizioni del Consiglio Europeo e introduce norme sanzionatorie per chiunque commercializzi tabacchi lavorati privi delle avvertenze relative al tenore di catrame o nicotina, dell'avvertenza "nuoce gravemente alla salute", delle avvertenze specifiche per i pacchetti di sigarette.

**30 novembre 1991**

**Decreto Ministeriale n. 425**

In attuazione della direttiva del Consiglio delle Comunità Europee (89/552/CEE) vieta la pubblicità televisiva delle sigarette e di ogni altro prodotto del tabacco, anche se effettuata in forma indiretta mediante utilizzazione di nomi, marchi, simboli o altri elementi caratteristici di prodotti del tabacco o di aziende la cui attività principale consiste nella produzione e vendita di tali prodotti.

**9 dicembre 1993**

**Decreto Ministeriale n. 581**

«Regolamento in materia di sponsorizzazioni di programmi radiotelevisivi e offerte al pubblico». Vieta la sponsorizzazione di programmi da parte di persone fisiche o giuridiche

la cui attività principale consista nella fabbricazione o vendita di sigarette o altri prodotti del tabacco.

**19 settembre 1994**

**Decreto Legislativo n. 626**

Il decreto, emanato in attuazione di una serie di direttive comunitarie che hanno introdotto il principio del miglioramento continuo delle condizioni di lavoro, disciplina la materia concernente la tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori.

Esso sancisce il principio, del tutto innovativo rispetto alla precedente normativa, secondo il quale la salute sul luogo di lavoro va preservata, individuando tutte le misure di prevenzione e di protezione volte a ridurre al minimo i potenziali danni, infortuni o malattie dei lavoratori.

Il legislatore decide di affrontare il tema della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori in maniera più ampia e completa rispetto al passato: si parla, appunto, non più di prevenzione del danno ma di prevenzione del rischio. Inoltre, non si tratta esclusivamente di prevenire situazioni di rischio, ma anche di promuovere abitudini corrette e atteggiamenti tali da garantire il più possibile l'incolumità dei lavoratori nello svolgersi delle attività lavorative.

L'articolo 4 comma 1, modificato dalla Legge 39/2002 art. 21 comma 2, estende l'obbligo del datore di lavoro di attivarsi per la tutela della salute dei lavoratori a tutti i rischi, incluso il fumo di sigaretta, dichiarato cancerogeno dall'OMS. Tuttavia il decreto, non introducendo il divieto assoluto e generalizzato di fumare in tutti i luoghi di lavoro, ha creato conflittualità sul tema e, in alcuni casi, ricorso ai Tribunali.

Tra le varie sentenze emanate, si segnala quella della Corte Costituzionale n. 399/1996 che, in quel contesto storico-normativo oggi superato dalla Legge n. 3/2003 e in raccordo con l'art. 32 della Costituzione, ha evidenziato due concetti di fondamentale importanza.

Laddove si verifichi una incompatibilità tra il diritto alla tutela della salute, costituzionalmente protetto, e i liberi comportamenti che non hanno una diretta copertura costituzionale, deve darsi prevalenza al diritto alla tutela della salute, cioè al diritto

costituzionalmente protetto. Inoltre, la sentenza stabilisce che i datori di lavoro debbano attivarsi per verificare che in concreto la salute dei lavoratori sia adeguatamente tutelata. Dunque, il diritto alla salute prevale sul libero comportamento di fumare e il datore di lavoro ha l'obbligo di tutelare i dipendenti dal fumo passivo.

**14 dicembre 1995**

**Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri**

«Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici». Estende il divieto di fumo ai locali destinati al ricevimento del pubblico per l'erogazione di servizi pubblici e utilizzati dalla pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici.

## **LEGGE N. 3 DEL 16 GENNAIO 2003**

La Legge n. 3/2003 «Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione» fortemente voluta dall'allora Ministro della Salute Girolamo Sirchia, è una legge entrata in vigore nel 2005, che ha rappresentato un punto di svolta nella legislazione anti-fumo italiana, superando i limiti delle precedenti norme in materia. La normativa relativa al divieto di fumo prima del 2003, infatti, riguardava soltanto determinati luoghi pubblici e tutelava solo alcuni lavoratori impiegati in particolari attività.

L'art. 51 della Legge n. 3/2003, denominato «Tutela della salute dei non fumatori», rappresenta dunque un decisivo momento di innovazione, anche a livello europeo, perché estende finalmente il divieto di fumo a tutti i locali chiusi (compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, palestre, centri sportivi) con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico, cioè sostanzialmente le abitazioni civili.

Si sancisce, finalmente, il principio secondo il quale la salute dei non fumatori deve essere tutelata rispetto al fumo passivo, considerato sostanza cancerogena per l'uomo da numerosi studi scientifici.

La legge non prescrive un obbligo per i locali di creare uno spazio per i fumatori, ma ne prevede la possibilità. In tal caso, i locali per i fumatori devono possedere delle caratteristiche strutturali e dei parametri di ventilazione così come definito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003, che precisa anche le misure di vigilanza e sanzionamento delle infrazioni.

A partire dal 2005 il Ministero della Salute, insieme al Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e ai NAS "i Carabinieri della Salute" hanno pianificato ed effettuato oltre 21mila controlli in tutta Italia, per verificare l'effettivo rispetto della legge. Secondo i dati registrati dal Ministero della Salute la legge è, in genere, rispettata: le multe per chi fuma dove è vietato oscillano tra l'1,8% e il 3,6% del 2009.

La legge nasce non per indurre i fumatori a smettere di fumare, bensì per proteggere la salute dei cittadini dai danni causati dal fumo passivo. Ciò nonostante, essa ha certamente

rappresentato uno stimolo, per molte persone, a smettere di fumare. In effetti, dopo l'entrata in vigore del provvedimento il numero dei fumatori è andato costantemente diminuendo. Secondo i dati delle indagini Doxa/Istituto Superiore di Sanità il numero di fumatori è sceso dal 25,6 % del 2005 al 20,08 % del 2012.

Anche le abitudini sociali sono andate modificandosi nel corso del tempo, giacché questa legge rivoluzionaria ha avuto un importante valore educativo: oggi fumare in un esercizio commerciale, in un ristorante o in un pub è impensabile, così come è diventato inverosimile per i non fumatori pensare di accettare passivamente di respirare il fumo degli altri mentre si è in un luogo di svago o sul posto di lavoro. Ciò è reso evidente dal fatto che spesso sono gli stessi cittadini a controllare che la legge venga rispettata, segnalando le eventuali infrazioni.

**17 dicembre 2004**

### **Circolare del Ministero della Salute**

«Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore dell'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sulla tutela della salute dei non fumatori».

Prima dell'entrata in vigore dell'art. 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sulla tutela della salute dei non fumatori, il Ministero della Salute ha ritenuto utile fornire alcuni chiarimenti e indicazioni sulla portata ampiamente innovativa della norma, emanando la Circolare in questione.

Il fumo di tabacco è la più importante causa di morte prematura e prevenibile in Italia e rappresenta uno dei più gravi problemi di sanità pubblica a livello mondiale e pertanto il Ministero della Salute precisa che il fine primario della normativa è proprio quello di tutelare la salute dei non fumatori dai danni causati dal fumo passivo. Difatti, nella Circolare viene ribadito il principio secondo il quale il divieto di fumare è un divieto di portata generale che deve avere la massima estensione possibile, con la sola esclusione delle eccezioni espressamente previste dalla legge.

Il Ministero della Salute precisa anche che, in forza di detto generalizzato divieto, la realizzazione di aree per fumatori non rappresenta affatto un obbligo, ma una facoltà, riservata ai pubblici esercizi e ai luoghi di lavoro che qualora ritengano opportuno attrezzare locali riservati ai fumatori devono adeguarli ai requisiti tecnici dettati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003. Inoltre, la possibilità di fumare all'interno dei locali non può essere consentita se non in spazi attrezzati di dimensione inferiore rispetto a quelli in cui vige il divieto.

Un'indicazione particolarmente rilevante fornita dalla Circolare è quella relativa al concetto di "utenti". Secondo la normativa infatti, il divieto di fumare trova applicazione non solo nei luoghi di lavoro pubblici, ma anche in tutti quelli privati, che siano aperti al pubblico o ad utenti. Il Ministero specifica che tale accezione comprende gli stessi lavoratori dipendenti in quanto "utenti" dei locali nell'ambito dei quali prestano la loro attività lavorativa. È anche interesse del datore di lavoro mettere in atto e far rispettare il divieto, per tutelarsi da eventuali rinvase da parte di tutti coloro che potrebbero instaurare azioni risarcitorie per danni alla salute causati dal fumo.

## **CONOSCERE L'ART. 51 DELLA LEGGE 16 GENNAIO 2003 N. 3 "TUTELA DELLA SALUTE DEI NON FUMATORI"**

### **Dove si applica il divieto di fumo**

Il divieto di fumo si applica non soltanto nei luoghi di lavoro pubblici, ma anche in tutti quelli privati che siano aperti al pubblico o ad utenti. Quest'ultima accezione include gli stessi lavoratori dipendenti in quanto "utenti" dei locali all'interno dei quali prestano la propria attività lavorativa. Perciò, il divieto di fumo trova applicazione anche negli uffici aperti unicamente ad utenza interna, cioè ai lavoratori, come possono essere considerati, ad esempio, alcuni uffici amministrativi delle aziende.

### **Dove è possibile fumare**

Il divieto di fumo non si applica negli spazi all'aria aperta, nei luoghi privati non aperti ad utenti o al pubblico, cioè sostanzialmente all'interno delle abitazioni civili e all'interno dei locali attrezzati riservati ai fumatori. Anche agli spazi aperti di concerti, eventi e manifestazioni sono esclusi dal divieto di fumo.

### **Gli spazi condominiali**

Gli spazi condominiali, come androni, scale, ascensori, pianerottoli, sale riunioni, non rientrano tra le eccezioni al divieto di fumo perché non possono essere di fatto equiparati ad un'abitazione privata. Tali spazi, infatti, sono luoghi frequentati indistintamente da condomini, da utenti non residenti e da altri soggetti nello svolgimento della propria attività lavorativa (basti pensare agli addetti alla manutenzione di ascensori o caldaie, alla consegna della posta, alle pulizie) ai quali deve essere certamente garantita la tutela della salute prevista dalla legge contro il fumo passivo.

### **Cosa fare quando il divieto non viene rispettato**

Se si tratta di un locale privato, bisogna rivolgersi alla persona predisposta alla vigilanza, il cui nome lo si trova indicato sul cartello del divieto. In caso di assenza della persona in

questione, o di sua inerzia, bisogna chiedere l'intervento di agenti di polizia giudiziaria, come polizia, carabinieri, guardia di finanza, funzionari dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, o anche della polizia amministrativa locale, cioè i Vigili urbani.

Se si tratta di strutture di pubbliche amministrazioni o di aziende/agenzie pubbliche, i dirigenti preposti nominano le persone cui compete vigilare sul rispetto del divieto o, in mancanza, spetta ad essi stessi adempiere a tale compito.

Anche nelle strutture pubbliche, su richiesta dei responsabili o di chiunque intenda far accertare infrazioni al divieto, possono intervenire il personale dei corpi di polizia amministrativa locale, le guardie giurate specificamente adibite all'incarico, o gli ufficiali ed agenti di polizia giudiziaria.

### **Cosa può fare chi vuole smettere di fumare**



La LILT mette a disposizione, tra i servizi antitabagismo, la Linea Verde SOS LILT 800998877 - attiva dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 17.00 - per offrire in maniera gratuita e anonima su tutto il territorio nazionale sostegno a chi desidera smettere di fumare. Il servizio propone un programma di sostegno basato su tecniche e strategie cognitive comportamentali ed è rivolto a chi desidera smettere di fumare e a chi, per motivi logistici o per disagi di salute, non può essere aiutato dalle strutture esistenti sul territorio.

## **WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL - FCTC** **Convenzione quadro per il controllo del tabacco dell'Organizzazione** **Mondiale della Sanità**



La Convenzione quadro dell'OMS per il controllo del tabacco è stata adottata nel maggio del 2003, durante la 56<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità, ed è entrata in vigore il 27 febbraio 2005.

In essa vengono sanciti obiettivi e principi volti a proteggere le generazioni presenti e future dalle devastanti conseguenze sanitarie, sociali, ambientali ed economiche causate dal consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo di tabacco.

La FCTC rappresenta l'atto conclusivo di un processo negoziale durato più di cinque anni che ha coinvolto tutti gli Stati Membri dell'OMS, a cui l'Italia ha attivamente preso parte.

Ecco alcune tra le aree più importanti trattate dalla Convenzione:

### **Misure finanziarie e fiscali tendenti a ridurre la domanda di tabacco – articolo 6**

La FCTC riconosce l'importanza che le misure fiscali e le politiche di prezzo hanno nella riduzione del consumo di tabacco, soprattutto per i giovani. Ogni Parte è tenuta ad applicare politiche fiscali e, all'occorrenza, politiche dei prezzi riguardanti i prodotti del tabacco al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute tendenti a ridurre il consumo di tabacco.

### **Protezione contro l'esposizione al fumo del tabacco – articolo 8**

La FCTC dichiara che esistono prove scientifiche del fatto che l'esposizione al fumo di tabacco provoca la malattia, l'invalidità e la morte e pertanto invita le Parti (cioè i firmatari)

ad attuare misure efficaci volte alla protezione dal fumo passivo nei luoghi pubblici, compresi il posto di lavoro e i mezzi di trasporto.

### **Confezionamento ed etichettatura dei prodotti del tabacco – articolo 11**

L'imballaggio dei prodotti del tabacco deve avere una serie di caratteristiche specifiche, come ad esempio riportare le avvertenze sanitarie che descrivono gli effetti nocivi del consumo di tabacco, le quali devono coprire almeno il 30% della superficie disponibile sull'imballaggio.

### **Pubblicità in favore del tabacco, promozione e sponsorizzazione – articolo 13**

La FCTC sancisce un divieto generale, diretto e indiretto, di ogni forma di pubblicità a favore dei prodotti del tabacco.

### **Misure tendenti a ridurre la domanda in rapporto alla dipendenza dal tabacco e alla disintossicazione dal tabacco – articolo 14**

La FCTC invita le Parti ad attuare programmi efficaci per promuovere la disintossicazione dal tabacco, ad implementare i servizi di consulenza sulla disassuefazione e a favorire e incoraggiare l'accesso alla cura della dipendenza dal tabacco.

### **Commercio illecito dei prodotti del tabacco – articolo 15**

La Convenzione stabilisce il principio che l'elaborazione e l'attuazione di una legislazione nazionale volta a combattere tutte le forme di commercio illecito di prodotti del tabacco (contrabbando, fabbricazione illecita e contraffazione) costituisce un aspetto essenziale della lotta al tabagismo.

## Parte II – Diritti del Malato oncologico

### L'INVALIDITÀ CIVILE

#### **Come richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile e dello stato di handicap**

##### **Legge 102/2009 di conversione del decreto-legge n. 78/2009, art. 20**

La domanda per l'accertamento dello stato di invalidità civile e di handicap va presentata direttamente all'INPS per via telematica.

La procedura telematica unificata per la presentazione della domanda si articola in due fasi distinte:

**1) Certificato medico digitale:** è rilasciato da un medico di medicina generale o specialista, il quale compila sul sito dell'INPS la certificazione medica richiesta, la invia e rilascia la stampa originale firmata da esibire all'atto della visita, insieme alla ricevuta di trasmissione telematica sulla quale è indicato il numero del certificato, un codice importantissimo che consentirà successivamente al sistema di abbinare il certificato medico alla domanda.

**2) Domanda per l'accertamento dello stato di invalidità e di handicap:** è necessario munirsi di un codice PIN, che si richiede all'ente previdenziale attraverso il sito internet, oppure chiamando il numero verde INPS 803164. Non oltre **30 giorni** dall'invio della certificazione da parte del medico, bisogna quindi compilare la domanda vera e propria, inserendo i dati richiesti, incluso il numero del certificato, e inviarla telematicamente.

Nella domanda bisogna specificare che si richiede la visita medico-legale per l'accertamento dei requisiti previsti per l'invalidità civile (Legge 118/1971), per lo stato di handicap (Legge 194/92) e per lo stato di disabilità (Legge 68/99), per evitare lo stress di essere sottoposti a più visite. Una volta completata la procedura, il sistema genera una ricevuta attestante l'avvenuta ricezione da parte dell'INPS della domanda e del relativo certificato medico, sulla quale sono anche riportati luogo, data e orario della convocazione davanti alla Commissione medica della ASL.

## **Iter accelerato per il riconoscimento dell'invalidità civile e dello stato di handicap**

### **Legge n. 80/2006, art. 6**

La legge 80/2006 prevede un iter di accertamento accelerato dell'invalidità civile e dell'handicap in caso di malattia oncologica. Pertanto, la Commissione medica ASL è tenuta a fissare la visita entro **15 giorni** dalla data di presentazione della domanda. In caso di impedimento si hanno 30 giorni di tempo (dalla data della domanda) per richiedere un nuovo appuntamento.

## LE PROVVIDENZE D'INVALIDITÀ

### **Legge n. 118/1971 come modificata dall'art. 6 del Decreto legislativo n. 509/1988**

Secondo la legge, “[...] si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo [...] che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a compiere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”.

Lo Stato assiste i malati oncologici che si trovino in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia in seguito al riconoscimento dell'invalidità civile, a prescindere da qualunque requisito assicurativo o contributivo.

I benefici sociali e/o economici connessi al riconoscimento dello stato di invalidità dipendono dal grado di invalidità riconosciuto e dal reddito.

### **La pensione di inabilità**

Così, con il riconoscimento di un'invalidità civile totale, cioè del 100%, una persona in età lavorativa (18-65 anni) ha diritto alla **pensione di inabilità**, erogata per 13 mensilità. Per l'anno 2013, essa è pari a 275,87 euro mensili con limite di reddito annuo personale non superiore a 16.127,30 euro.

### **L'assegno di invalidità**

Per un'invalidità civile pari o superiore al 74%, una persona in età lavorativa (18-65 anni) ha invece diritto all'**assegno di invalidità**, erogato per 13 mensilità. Per l'anno 2013 esso è pari a 275,87 euro qualora il reddito annuo personale non sia superiore a 4.738,63 euro.

La domanda per il riconoscimento dell'invalidità per l'ottenimento della pensione di inabilità o dell'assegno di invalidità civile deve essere presentata direttamente all'INPS per via telematica.

È fondamentale, dunque, per il Malato oncologico richiedere e ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile, perchè esso costituisce il presupposto indispensabile per poter accedere a tutti i benefici economici o assistenziali.

Le due provvidenze (pensione di inabilità e assegno di invalidità) non sono cumulabili: la pensione viene corrisposta agli **invalidi civili totali**, l'assegno agli **invalidi civili parziali**.

Il pagamento della pensione di inabilità e dell'assegno di invalidità è di competenza dell'INPS, che ha la gestione di un apposito fondo.

### **Indennità di accompagnamento**

#### **Legge n. 18/1980 e Legge n. 508/1988**

I cittadini Malati oncologici hanno la possibilità di ricevere un ulteriore sostegno economico da parte dello Stato, denominato indennità di accompagnamento, se in possesso dei seguenti requisiti:

- riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100%;
- impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure impossibilità a compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua.

L'indennità di accompagnamento spetta al solo titolo della minorazione, ed è indipendente dai requisiti di età e di reddito. Essa, inoltre, non è incompatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa.

Relativamente ai soggetti ultrasessantacinquenni, non più valutabili sul piano dell'attività lavorativa, il diritto all'indennità è subordinato alla condizione che essi abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età (art. 6 D. lgs. 509/1988).

Per richiedere l'assegno di accompagnamento bisogna presentare la domanda per l'accertamento dell'invalidità direttamente all'INPS per via telematica, ed è necessario che

sul certificato medico digitale si precisi che «la persona è impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore» oppure «la persona non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua».

La provvidenza per l'anno 2013 è di euro 499,27 mensili per 12 mensilità.

Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi ricoverati presso un istituto pubblico con pagamento della retta a carico dello Stato o di altro Ente pubblico.

Una volta ottenuta l'indennità, gli interessati sono chiamati a produrre annualmente una dichiarazione di responsabilità attestante l'eventuale ricovero in casa di cura. In caso affermativo è necessario precisare se il ricovero medesimo è a carico dello Stato o a carico dell'invalido.

Importa ricordare che la Corte di Cassazione, con la sentenza del 27 maggio 2004, n. 10212, ha stabilito il diritto per le persone affette da patologie oncologiche e che seguono un trattamento chemioterapico o radioterapico particolarmente debilitante, di ottenere l'indennità di accompagnamento anche se per un breve periodo. Precisamente, la Suprema Corte ha affermato che «nessuna norma vieta il riconoscimento del diritto all'indennità di accompagnamento anche per periodi molto brevi».

### **Indennità di frequenza**

#### **Legge n. 289/1990**

L'indennità di frequenza è una provvidenza a favore degli invalidi minori affetti da patologie oncologiche, che siano iscritti o frequentino scuole di ogni ordine e grado, centri terapeutici, di riabilitazione, di formazione o di addestramento professionale. Essa spetta anche ai minori, fino a tre anni, frequentanti gli asili nido, come ha stabilito la sentenza n. 467/2002 della Corte Costituzionale.

I requisiti per ottenere il riconoscimento dell'indennità di frequenza sono i seguenti:

- età inferiore ai diciotto anni;
- essere stati riconosciuti «minore con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della minore età»;

- validità per il solo periodo di frequenza: requisito fondamentale è quindi la frequenza continua o periodica di centri ambulatoriali oppure frequenza di scuole pubbliche o private di ogni ordine e grado a partire dagli asili nido.

L'indennità non spetta per i periodi in cui il minore è ricoverato a carattere continuativo e permanente.

Il certificato attestante che il minore è iscritto/frequenta centri terapeutici o riabilitativi, corsi scolastici o centri di formazione o addestramento professionale deve essere inviata ogni anno alla sede INPS di competenza.

Al compimento del diciottesimo anno di età, l'indennità di frequenza cessa di essere erogata ed è necessario presentare una nuova domanda all'INPS, considerato che non è convertita automaticamente in assegno di invalidità o in pensione di inabilità.

L'indennità di frequenza è erogata per la durata delle cure o la frequenza del corso fino a un massimo di 12 mesi. Per l'anno 2013 essa è pari a 275,87 euro mensili per un reddito annuo personale non superiore a 4.738,63 euro.

## ALCUNE AGEVOLAZIONI SUL LAVORO

### Il rapporto di lavoro a tempo parziale

#### Decreto legislativo n. 276/03

Il **Decreto legislativo 276/03**, con l'**art. 46**, ha modificato la disciplina sul part-time, introducendo per la prima volta nel nostro Paese il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale per i lavoratori Malati oncologici. Nel Decreto legislativo 61/2000, che disciplina il rapporto di lavoro a tempo parziale, infatti, è stato aggiunto l' articolo 12 bis, che riconosce ai lavoratori del settore privato e del settore pubblico affetti da patologie oncologiche, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa - anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita - il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in tempo parziale.

L'introduzione di questa norma rappresenta certamente una forma di flessibilità grazie alla quale il lavoratore Malato oncologico ha la possibilità di conciliare i tempi di cura con il lavoro.

Per quanto concerne l'orario di lavoro, dunque, al Malato oncologico dipendente a tempo pieno con ridotta capacità lavorativa è riconosciuto il diritto di chiedere ed ottenere dal datore di lavoro il passaggio dal tempo pieno al tempo parziale, mantenendo il posto, fino a quando il miglioramento delle condizioni di salute non gli consentirà di riprendere il normale orario di lavoro.

Per godere di questa specifica tutela, è necessario, innanzitutto, ottenere l'accertamento delle condizioni di salute da parte della Commissione medica della ASL, quindi richiedere il passaggio al tempo parziale, con riduzione proporzionale dello stipendio, conservando il diritto al posto di lavoro e a ritornare a orario e stipendio pieni quando avrà recuperato la capacità lavorativa.

La legge permette anche ai familiari del Malato oncologico di avere la priorità rispetto agli altri lavoratori nel chiedere il passaggio dal tempo pieno al tempo parziale per potersi prender cura della persona cara (**L 247/2007**).

Inoltre, una volta trasformato il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, il lavoratore Malato oncologico ha il diritto di precedenza nelle assunzioni a tempo pieno per l'espletamento di mansioni analoghe o equivalenti a quelle oggetto del rapporto di lavoro a tempo parziale (**L 247/2007**).

### **Lavoro notturno**

Il lavoratore Malato oncologico può chiedere di non essere assegnato al turno di notte presentando al datore di lavoro un certificato, rilasciato dal medico competente o da una struttura sanitaria pubblica, attestante la sua inabilità a tali mansioni. Qualora per il lavoratore già addetto al turno notturno sopraggiungano condizioni di salute che comportino l'inidoneità alla prestazione di lavoro notturno, accertata dal medico competente o dalle strutture sanitarie pubbliche, egli verrà assegnato al lavoro diurno, in altre mansioni equivalenti, se esistenti e disponibili (D. lgs. 66/2003).

Inoltre, il lavoratore che abbia a proprio carico una persona disabile in stato di handicap grave ha diritto a non svolgere un lavoro notturno (D. lgs. 151/2001).

### **Sedi di lavoro e trasferimenti**

La persona cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap e un grado di invalidità superiore ai due terzi, assunta presso gli enti pubblici come vincitrice di concorso o ad altro titolo, ha diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili. Ha, inoltre, la precedenza in sede di trasferimento a domanda (L. 104/1992).

Il lavoratore cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap in situazione di gravità ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede, senza il proprio consenso. Anche al lavoratore familiare che assista il lavoratore con handicap in situazione di gravità, è riconosciuto lo stesso diritto (L. 104/1992 come mod. dalla L. 183/2010 c.d. Collegato lavoro).

### **Mansioni lavorative**

Il lavoratore disabile ha il diritto di essere adibito a mansioni adeguate alla sua capacità lavorativa. In caso di aggravamento delle sue condizioni di salute con conseguente riduzione o modifica della capacità di lavoro, ha il diritto di essere assegnato a mansioni equivalenti o anche inferiori, mantenendo in ogni caso il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza. Nel caso in cui si accerti che il lavoratore disabile non può essere assegnato a mansioni confacenti al suo stato di salute, il datore di lavoro può risolvere il rapporto di lavoro. Nel caso di aggravamento delle condizioni di salute o di significative variazioni dell'organizzazione del lavoro, il disabile può chiedere che venga accertata la compatibilità delle mansioni a lui affidate con il proprio stato di salute. Nelle medesime ipotesi il datore di lavoro può chiedere che vengano accertate le condizioni di salute del disabile per verificare se, a causa delle sue minorazioni, possa continuare ad essere utilizzato presso l'azienda (L. 68/99).

È sempre consigliabile consultare il proprio CCNL di riferimento, che potrebbe prevedere il diritto all'assegnazione di mansioni compatibili con la eventuale riduzione della capacità lavorativa nel periodo dei trattamenti salvavita per i Malati oncologici.

## COMPORIO E ASPETTATIVA

Per le patologie oncologiche non esiste una normativa specifica che prescriva disposizioni univoche in materia di assenze causate dalla malattia oncologica e dall'urgenza di sottoporsi alle cure terapeutiche. Alcuni Contratti collettivi nazionali del lavoro (CCNL) prevedono particolari disposizioni a tutela dei lavoratori Malati oncologici, anche se non omogenee tra loro; pertanto, è sempre consigliabile verificare che cosa prevede il proprio CCNL di riferimento a riguardo.

### **Periodo di comporito**

Oltre alla retribuzione o all'indennità di malattia, il lavoratore Malato ha diritto a conservare il posto per un determinato periodo stabilito dalla legge, dagli usi, dal CCNL o dal contratto individuale (art. 2110 codice civile). Il periodo di tempo durante il quale il lavoratore che si assenti dal lavoro non può essere licenziato è detto periodo di comporito ed ha durata variabile in relazione alla qualifica e all'anzianità di servizio.

La contrattazione collettiva stabilisce il limite della conservazione del posto di lavoro in caso di malattia e spesso amplia la tutela del lavoratore Malato oncologico. Pertanto, considerato che le disposizioni contenute nei CCNL non sono tutte uguali, è sempre bene controllare che cosa preveda il proprio CCNL di riferimento.

### **Aspettativa non retribuita**

È importante ricordare che la contrattazione collettiva può prevedere, nel caso in cui la malattia superasse il periodo di comporito, la possibilità, per il lavoratore, di richiedere al datore di lavoro il godimento di un ulteriore periodo, cosiddetto di aspettativa non retribuita. Durante l'aspettativa, sebbene il lavoratore non abbia diritto alla retribuzione, il rapporto di lavoro si intende congelato e può quindi essere attivato di nuovo al termine dell'assenza, limitando così il pericolo di licenziamento causa superamento del periodo di comporito. Si tratta, dunque, di un ulteriore istituto a tutela del lavoratore.

Le modalità di concessione e la durata dell'aspettativa sono differenti a seconda del CCNL.

Onde evitare un eventuale licenziamento, è bene che il lavoratore ricordi di fare domanda per richiedere l'aspettativa prima del superamento del periodo di comporto.

## PERMESSI LAVORATIVI

### Permessi lavorativi retribuiti

La legge stabilisce che il **portatore di handicap** è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione [L. n. 104/92, art. 3, comma 1].

L'**handicap** assume connotazione di **gravità** qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione [L. n. 104/92, art. 3, comma 3].

Al riconoscimento da parte dell'apposita Commissione medica ASL dello stato di handicap in situazione di gravità consegue il diritto del lavoratore dipendente, pubblico o privato, di usufruire di permessi retribuiti a scelta tra 2 ore giornaliere o 3 giorni mensili. Anche il familiare che assiste un disabile può usufruire di permessi retribuiti per 3 giorni mensili, a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno, salvo casi eccezionali. I familiari aventi diritto sono: coniuge e parente o affine entro il secondo grado (ad esempio genitore, figlio, nonni, fratelli o sorelle, suoceri, nuore o generi). Nel caso in cui nessuno di questi possa prestare assistenza per ragioni di età (superiore a 65 anni) o per patologie invalidanti o perché deceduti o mancanti, hanno diritto anche parenti o affini entro il terzo grado (ad esempio bisnonni, zii, nipoti) [L. n. 104/92, art. 33, comma 3, come modificato dalla L. 183/2010, art. 24, cosiddetto Collegato Lavoro].

Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità. L'eccezione è prevista per i genitori, anche adottivi, che assistano lo stesso figlio con handicap in situazione di gravità: hanno entrambi il diritto a fruire alternativamente dei permessi retribuiti. È invece ammesso, con alcune limitazioni, che il familiare lavoratore possa assistere più persone in stato di handicap grave, a condizione che si tratti del coniuge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il

coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti [L. n. 104/92, art. 33, comma 3, come modificato dalla L. n. 183/2010, art. 24 e dal D. lgs. N. 119/2011].

Una recente novità introdotta dalla L. 183/2010 riguarda l'abrogazione dei requisiti della continuità e dell'esclusività quali presupposti necessari ai fini del godimento dei permessi in argomento da parte dei beneficiari. Ciò consente di ottenere permessi lavorativi per assistere un familiare residente ad una certa distanza dal luogo di residenza del lavoratore.

Il lavoratore che usufruisce dei permessi retribuiti per assistere persona in situazione di handicap grave residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, ha l'obbligo di attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito [L. n. 104/92, art. 33, comma 3-bis, aggiunto dal D. lgs. n. 119/2011, dall'articolo 6, comma 1, lettera b)].

Nel caso di lavoro a tempo parziale i permessi retribuiti sono ridotti proporzionalmente all'orario di lavoro e i permessi non utilizzati nel mese di competenza non possono essere fruiti nei mesi successivi.

### **Permessi lavorativi per eventi e cause particolari**

Il lavoratore ha diritto ad un permesso retribuito di tre giorni lavorativi all'anno in caso di decesso o di documentata grave infermità del coniuge o di un parente entro il secondo grado o del convivente, purché la stabile convivenza con il lavoratore risulti da certificazione anagrafica. In alternativa, nei casi di documentata grave infermità, il lavoratore può concordare con il datore di lavoro diverse modalità di espletamento dell'attività lavorativa. [L. n. 53/2000, art. 4, comma 1].

### **Congedo biennale non retribuito per gravi motivi familiari**

Il lavoratore dipendente pubblico o privato può richiedere, per gravi e documentati motivi familiari, (tra i quali, precisa il Decreto ministeriale n. 278/2000, rientrano le patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura neoplastica) un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni. Durante tale periodo il lavoratore conserva il posto di lavoro, sebbene non abbia diritto alla retribuzione e non possa svolgere alcun tipo di attività lavorativa. [L. n. 53/2000, art. 4, comma 2].

### **Congedo straordinario biennale retribuito**

Il lavoratore dipendente, coniuge convivente di soggetto portatore di handicap in situazione di gravità ha diritto a un periodo di congedo straordinario retribuito, continuativo o frazionato, fino a un massimo di 2 anni [D. lgs. n. 151/2001, art. 42 comma 5, come sostituito dall'art. 4 del D. lgs n. 119/2011]. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, ha diritto a fruire del congedo il padre o la madre anche adottivi; in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi, ha diritto a fruire del congedo uno dei figli conviventi; in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi, ha diritto a fruire del congedo uno dei fratelli o sorelle conviventi.

Il congedo straordinario biennale retribuito è fruibile da un solo familiare lavoratore per ciascun soggetto portatore di handicap grave e non può superare la durata massima complessiva di due anni nell'arco della vita lavorativa tra tutti gli aventi diritto e per ciascuna persona con handicap grave [D. lgs. n. 151/2001, art. 42 comma 5 bis, aggiunto dall'art. 4 del D. lgs n. 119/2011].

Il congedo è accordato a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del soggetto che presta assistenza. Il datore di lavoro è tenuto ad accordare il congedo entro 60 giorni dalla presentazione della domanda da parte dell'interessato.

### **Congedo retribuito di 30 giorni all'anno per cure connesse alla patologia**

Il Decreto Legislativo 18 luglio 2011, n. 119, all'art. 7 ha disposto che i lavoratori mutilati e invalidi civili cui sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al cinquanta per cento possono fruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un congedo per cure per un periodo non superiore a trenta giorni.

Il citato decreto stabilisce anche quali sono i requisiti per poter usufruire del congedo per cure: accertamento dello stato di invalidità civile superiore al 50%; richiesta del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, dalla quale risulti la necessità della cura in relazione all'infermità invalidante riconosciuta.

La domanda va, pertanto, presentata al datore di lavoro con allegato il verbale della Commissione medica ASL di accertamento dello stato di invalidità e la richiesta del medico.

Il lavoratore deve documentare in maniera idonea l'avvenuta sottoposizione alle cure. Inoltre, in caso il lavoratore debba sottoporsi a trattamenti terapeutici continuativi, a giustificazione dell'assenza può essere prodotta anche attestazione cumulativa.

Durante il periodo di congedo per cure connesse alla patologia il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia. Dunque, i giorni di assenza per congedo per cure vengono retribuiti dal datore di lavoro con le regole delle assenze per malattia.

La norma stabilisce chiaramente anche che i giorni di congedo non rientrano nel periodo di comporto e quindi non contano nel computo delle assenze ai fini del licenziamento.

## ESENZIONI DAL TICKET

Il Malato oncologico ha diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore che lo ha colpito, per le eventuali complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti (D. M. Sanità 329/1999).

Il riconoscimento dello stato d'invalidità civile del 100%, accertata dalla competente Commissione medica della Azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, dà diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci e visite per qualsiasi patologia.

La domanda di esenzione dal ticket deve essere dunque presentata alla Azienda sanitaria locale (ASL) competente, allegando la tessera sanitaria, il codice fiscale e la documentazione medica, ospedaliera o specialistica, che attesti la malattia oppure il verbale rilasciato dalla Commissione Medica ASL attestante il riconoscimento di un'invalidità del 100%. Per ottenere l'attestato di esenzione per invalidità, l'accertamento di quest'ultima costituisce condizione necessaria.

Dopo aver valutato la documentazione, la ASL rilascia la tessera di esenzione recante il codice **048** identificativo dei soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto, oppure il codice **C01** identificativo del riconoscimento di un'invalidità civile totale.

Con la tessera di esenzione con codice 048 il Malato oncologico ha diritto a ricevere gratuitamente le prestazioni mediche e sanitarie presso strutture pubbliche o convenzionate e i farmaci necessari alla cura del tumore diagnosticato. Con la tessera di esenzione con codice C01 il Malato oncologico cui sia stata riconosciuta un'invalidità totale e permanente ha diritto a ricevere gratuitamente, presso strutture pubbliche o convenzionate, le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche.

## CONTRASSEGNO PER LA LIBERA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA

Il Comune di residenza riconosce al Malato oncologico il diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione e sosta, che consente di circolare nelle zone a traffico limitato e in quelle pedonali e sostare nei parcheggi riservati ai disabili e contrassegnati con le strisce gialle, oppure gratuitamente in quelli a pagamento.

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

Per presentare la domanda per il rilascio del contrassegno è innanzitutto necessario sottoporsi ad una visita medico-legale presso l'ASL territorialmente competente, per ottenere il certificato medico che attesti la grave difficoltà motoria. Successivamente la domanda va inoltrata al Comune di residenza compilando l'apposito modulo e allegando il suddetto certificato medico.

La validità del contrassegno dipende dalle condizioni di salute dell'interessato, accertate dalla visita medico-legale. Se la grave difficoltà di deambulazione accertata è temporanea, la validità del permesso è stabilita tenendo conto dei tempi di recupero della funzionalità motoria; negli altri casi (ad esempio se la malattia è stabile o senza possibilità di miglioramento) il contrassegno è valido cinque anni. Il permesso di libera circolazione e sosta è sempre rinnovabile.

Nel 2012 è stata ratificata dal Consiglio dei Ministri la raccomandazione del Consiglio europeo del 4 giugno 1998 per l'unificazione del contrassegno per i disabili conforme al modello comunitario. Il **CUDE** (Contrassegno Unificato Disabili Europeo) avrà valore in tutta Italia e permetterà di usufruire di facilitazioni nella sosta in tutti gli stati membri dell'UE che hanno già aderito alla raccomandazione. I nuovi Contrassegni saranno rilasciati ai nuovi richiedenti aventi diritto oppure andranno a sostituire quelli attuali man mano che scadono.

## **TRASPORTO ALLE TERAPIE**

Se il Malato oncologico ha difficoltà nel recarsi alle cure, ci si può informare presso la propria ASL o presso il proprio Comune. A seconda della zona di residenza, possono essere previsti rimborsi per le spese di trasporto, totali o parziali, oppure il servizio può essere fornito in maniera gratuita, o, ancora, possono essere previsti ausili per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie specialistiche ai Malati oncologici in difficoltà.

## **ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il Malato oncologico che necessita di cure mediche specialistiche, infermieristiche e riabilitative a domicilio dopo la dimissione ospedaliera, può rivolgersi all'ADI, l'Assistenza Domiciliare Integrata, erogata dalla ASL in collaborazione con il medico di base, che dovrà farne richiesta.

L'ADI è un servizio che le ASL svolgono direttamente a casa delle persone malate, con lo scopo di garantire un insieme coordinato di attività mediche, infermieristiche e riabilitative per la cura e l'assistenza dei pazienti nella propria abitazione evitando, se possibile, il ricovero in ospedale e assicurando una migliore qualità della vita dei degenti.

È un servizio rivolto a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, in modo temporaneo o protratto o affette da patologie croniche.

La segnalazione viene inoltrata al medico responsabile del distretto nel quale risiede il paziente, sempre con il consenso del medico di famiglia. Quest'ultimo, infatti, è colui che conosce in maniera approfondita la situazione fisica, psicologica e sociale del richiedente e, sulla base di queste valutazioni, crea un programma personalizzato di assistenza domiciliare e prescrive la terapia più appropriata.

## LE PRINCIPALI AGEVOLAZIONI FISCALI PER I DISABILI

### Figli a carico

Per ogni figlio portatore di handicap fiscalmente a carico spettano detrazioni Irpef di 1.620 euro se ha un'età inferiore a tre anni, e di 1.350 euro per gli altri figli.

Con più di tre figli a carico la detrazione aumenta di 200 euro per ciascun figlio, a partire dal primo.

Le detrazioni sono concesse in funzione del reddito complessivo posseduto nel periodo d'imposta e il loro importo diminuisce con l'aumentare del reddito, fino ad annullarsi quando il reddito complessivo arriva a 95.000 euro.

### Veicoli

Possono usufruire delle seguenti agevolazioni i disabili che hanno ottenuto il riconoscimento dello stato di handicap grave (comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/1992), certificato con verbale dalla Commissione medica dell'ASL, tra cui rientrano i disabili con handicap grave derivante da patologie (comprese le pluriamputazioni) che comportano una limitazione permanente della capacità di deambulazione. Possono usufruire delle seguenti agevolazioni anche i disabili che presentano ridotte o impedito capacità motorie ma che non risultano contemporaneamente "affetti da grave limitazione della capacità di deambulazione" (ma in questo caso il diritto alle agevolazioni è condizionato all'adattamento del veicolo alla minorazione di tipo motorio di cui egli è affetto):

- detrazione Irpef del 19% della spesa sostenuta per l'acquisto;
- Iva agevolata al 4% sull'acquisto;
- esenzione dal bollo auto;
- esenzione dall'imposta di trascrizione sui passaggi di proprietà.

### **Altri mezzi di ausilio e sussidi tecnici e informatici**

Per quanto riguarda i mezzi di ausilio, si applica l'aliquota Iva agevolata del 4% (anziché quella ordinaria del 21%) per l'acquisto di mezzi necessari all'accompagnamento, alla deambulazione e al sollevamento dei disabili. Per quanto riguarda i sussidi tecnici e informatici, oltre alla detrazione Irpef del 19%, si applica l'aliquota Iva agevolata al 4% (anziché quella ordinaria del 21%) per l'acquisto di sussidi tecnici e informatici rivolti a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione dei portatori di handicap di cui all'articolo 3 della legge n. 104 del 1992.

### **Abbattimento delle barriere architettoniche**

Per gli interventi di ristrutturazione edilizia sugli immobili, effettuati per l'eliminazione delle barriere architettoniche e/o per realizzare strumenti idonei a favorire la mobilità interna ed esterna delle persone portatrici di handicap grave, è possibile fruire di una detrazione Irpef del 36% su una spesa massima di 48.000 euro (del 50%, da calcolare su un importo massimo di 96.000 euro, se la spesa è sostenuta nel periodo che va dal 26 giugno 2012 al 30 giugno 2013).

### **Spese sanitarie**

Sono interamente deducibili dal reddito complessivo del disabile sia le spese mediche generiche (per esempio, le prestazioni rese da un medico generico, l'acquisto di medicinali), sia le spese di "assistenza specifica" (per esempio, assistenza riabilitativa, infermieristica, ecc).

### **Assistenza personale**

Sono detraibili dall'Irpef, per il 19%, le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale nei casi di "non autosufficienza" del disabile nel compimento degli atti della vita quotidiana.

La detrazione deve essere calcolata su un ammontare di spesa non superiore a 2.100 euro e spetta solo se il reddito complessivo del contribuente non è superiore a 40.000 euro.

La non autosufficienza deve risultare da certificazione medica. Sono considerate “non autosufficienti”, per esempio, le persone non in grado di assumere alimenti, espletare le funzioni fisiologiche o provvedere all’igiene personale, deambulare, indossare gli indumenti, e la persona che necessita di sorveglianza continuativa.

## Riferimenti

- Regio Decreto 24 dicembre 1934, n. 2316 "Testo unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia"
- Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948
- Definizione di "salute" dell'OMS, recepita nel d.lgs. n. 81/2008, art. 2, lett. O
- La Costituzione della Repubblica Italiana
- Legge 10 aprile 1962, n. 165 "Divieto della propaganda pubblicitaria dei prodotti da fumo"
- Legge 11 Novembre 1975, n°584 "Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico"
- Circolare n. 69 del 5 ottobre 1976 del Ministero della Salute
- Decreto Ministeriale 18 maggio 1976 "Disposizioni in ordine agli impianti di condizionamento o ventilazione di cui alla Legge 11 novembre 1975, n. 584, concernente il divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico."
- La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute
- Dichiarazione Universale di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria
- Carta contro il tabacco
- D.P.R. 11 luglio 1980, n.753 "Nuove norme in materia di polizia, sicurezza e regolarità dell'esercizio delle ferrovie e di altri servizi di trasporto" pubblicato nel Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.314 del 15 novembre 1980
- Legge 29 dicembre 1990, n. 428. "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee (legge comunitaria per il 1990)"
- Decreto Ministeriale 30 novembre 1991, n. 425 "Regolamento concernente attuazione degli articoli 13, 15 e 16 della direttiva del Consiglio delle Comunità europee del 3 ottobre 1989 (89/552/CEE), relativi alla pubblicità televisiva dei prodotti del tabacco e delle bevande alcoliche ed alla tutela dei minorenni"

- Decreto 9 dicembre 1993, n. 581 "Regolamento in materia di sponsorizzazioni di programmi radiotelevisivi e offerte al pubblico"
- Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE e 99/92/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro."
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 dicembre 1995 "Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici"
- Legge 16 gennaio 2003, n. 3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione"
- Circolare 17 dicembre 2004 del Ministero della Salute "Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore dell'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sulla tutela della salute dei non fumatori"
- Convenzione Quadro per il controllo del Tabacco dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- Legge 3 agosto 2009, n. 102 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali"
- Legge 9 marzo 2006, n. 80 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione"
- Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509 "Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291."
- Legge 11 febbraio 1980, n. 18 "Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili."
- Legge 21 novembre 1988, n. 508 "Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti."
- Legge 27 dicembre 2002, n. 289 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)"

- Decreto Legislativo 10 settembre 2003, n. 276 "Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30"
- Legge 24 dicembre 2007, n. 247 "Norme di attuazione del Protocollo del 23 luglio 2007 su previdenza, lavoro e competitività per favorire l'equità e la crescita sostenibili, nonché ulteriori norme in materia di lavoro e previdenza sociale"
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."
- Legge 4 novembre 2010, n. 183 "Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro"
- Decreto legislativo 18 luglio 2011, n. 119 "Attuazione dell'articolo 23 della legge 4 novembre 2010, n. 183, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi."
- Legge 8 marzo 2000, n. 53 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città"
- Decreto Ministeriale 28 maggio 1999, n.329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124."



## Contatti



[sos@lilt.it](mailto:sos@lilt.it)

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



LILT NAZIONALE  
SOS LILT