

Quaderni

di Medicina Legale del Lavoro

Supplemento
al **Notiziario Inca**
N. **3/2011**

Danno patrimoniale Inail

Capacità di lavoro e attribuzione
del coefficiente

Supplemento
al **Notiziario Inca**
N. 3/2011

DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Sonia Cappelli

Via G. Paisiello 43

00198 Roma

Tel. (06) 855631

Fax (06) 85352749

E-mail:

comunicazione-informazione@inca.it

PROPRIETÀ E AMMINISTRAZIONE

Ediesse srl

Viale di Porta Tiburtina 36

00185 Roma

Tel. (06) 44870283/260

Fax (06) 44870335

ABBONAMENTO NOTIZIARIO INCA

annuo € 25,00 - estero € 50,00

una copia € 6,00

C/C post. n. 935015

intestato a Ediesse srl

Viale di Porta Tiburtina 36

00185 Roma, indicando la causale

di versamento «Notiziario Inca»

Spedizione in abbonamento
postale 45% comma 20/b art. 2,
legge 662/1996 Filiale di Roma
iscritto al n. 363/83 del Registro
delle pubblicazioni periodiche
del Tribunale di Roma
il 22.12.1983

Progetto grafico: Antonella Lupi
Stampa: Tipografia O.GRA.RO. srl
Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma

CHIUSO IN TIPOGRAFIA
IL 21 APRILE 2011

Questo Quaderno è stato curato da:

*Cristiana Brambilla, Ferdinando Brandi,
Gianpiero Cassina, Adalberto Ferioli, Mariaclara Guerreri
del Coordinamento medico-legale dell'Inca Cgil Lombardia
e da Maria Mangiaracina dell'Inca Cgil Lombardia
<http://www.inca.lombardia.it/consulenza/indicemedico.htm>
e da Sonia Cappelli dell'Ufficio stampa Inca Cgil nazionale*

▼ Sommario

- *Presentazione* 5
a cura di Cristiana Brambilla

▼ Relazioni

- *Capacità lavorativa specifica nel sistema indennitario Inail: automatismo e mancata personalizzazione, aumento del coefficiente e lucro cessante, perdita di chance* 9
di Marco Bona
- *Dieci anni di applicazione della Tabella dei coefficienti: vantaggi e svantaggi del sistema* 19
di Patrizio Rossi
- *Difetti e carenze del sistema: alcuni casi specifici* 21
di Gianpiero Cassina
- *La valutazione delle residue capacità lavorative ex legge 68/99* 27
di Giuseppe Leocata
- *L'Inail e il collocamento obbligatorio al lavoro dopo infortunio o malattia professionale* 55
di Giuseppe Ali
- *Il medico competente: ruolo e utilità nel collocamento al lavoro dell'invalide* 61
di Gilberto Marcello Boschioli

▼ Allegati

- *Tabella dei coefficienti* 79
(d.lgs. n. 38/2000 - Circolare Inail n. 57/2000)
- *Legge 12 marzo 1999, n. 68* 82
«Norme per il diritto al lavoro dei disabili»
- *Estratti (1-2-3) dalla V Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68* 98
«Norme per il diritto al lavoro dei disabili»

Presentazione

di **Cristiana Brambilla** *

A distanza di oltre un decennio dall'entrata in vigore del d.lgs. 38/00 Inail, viene proposta una riflessione sul sistema di valutazione medico-legale delle conseguenze patrimoniali di una menomazione derivante da infortunio sul lavoro o malattia professionale, con riferimento in particolare alla Tabella dei Coefficienti.

La determinazione e la quantificazione delle conseguenze patrimoniali di una menomazione con incidenza sulla capacità lavorativa avviene attraverso parametri fissi determinati per legge, all'interno di un sistema indennitario che non è finalizzato a risarcire il danno nella misura esatta in cui si è verificato, ma è teso a garantire la tutela sociale del lavoratore colpito da infortunio o malattia professionale.

Nell'applicazione concreta del Sistema tabellare dei Coefficienti, previsto solo per le menomazioni dal 16% in su, «sfuggono» molti casi di lavoratori che, pur avendo in atto un danno patrimoniale da lucro cessante, non superando lo «sbarramento» del 15%, non trovano nessuna copertura sociale. Di contro talvolta si osserva il riconoscimento di un danno patrimoniale in caso di menomazioni che non hanno un'incidenza concretamente apprezzabile sulla capacità di produrre reddito attraverso il lavoro.

Se lo spirito della legge è quello di assolvere alla funzione sociale di garantire mezzi adeguati alle esigenze di vita del lavoratore colpito da infortunio o malattia professionale, secondo quanto previsto dall'art. 38 della Costituzione, il sistema, ancorché indennitario, andrebbe modificato in modo da eliminare lo svantaggio di alcuni a fronte di automatici riconoscimenti in favore di soggetti in concreto non danneggiati nella propria capacità reddituale.

* Coordinamento medico-legale Inca-Cgil Lombardia.



Relazioni

Capacità lavorativa specifica nel sistema indennitario Inail: automatismo e mancata personalizzazione, aumento del coefficiente e lucro cessante, perdita di *chance*

di **Marco Bona***

Nella vigenza della disciplina di cui al d.p.r. n. 1124 del 1965, nel corso degli anni novanta, con riferimento ai danni alla persona da infortuni sul lavoro (ivi compresi, come ovvio, quelli in itinere) e da malattie professionali, si venne a sviluppare, soprattutto per effetto degli interventi della Corte Costituzionale, un sistema di tutela «economica» dei lavoratori danneggiati «misto» (o «combinato») sufficientemente chiaro: da un lato la responsabilità civile per i pregiudizi non patrimoniali-areddituali, dall'altro lato il sistema indennitario, gestito dall'Inail, per tutta una serie di pregiudizi patrimoniali, tra i quali (pur entro determinati limiti) anche quelli reddituali.

Le difficoltà di conciliare tra loro il sistema della responsabilità civile ed il sistema assicurativo Inail erano state messe debitamente a fuoco dalla stessa Corte Costituzionale, che sul punto aveva appunto sollecitato un intervento del legislatore.

La Corte Costituzionale, comunque, pose le basi per chiarire (perlomeno dal punto di vista operativo) la questione: pregiudizi biologici e morali, secondo la Consulta, non potevano ritenersi coperti dall'Inail e, quindi, non ammontavano a poste oggetto di azioni di rivalsa o surroga.

Rimaneva tuttavia un problema: la «zona grigia» costituita dalla prospettiva risarcitoria e indennitaria dei pregiudizi alla capacità lavorativa, zona dai confini incerti tra sfera biologica e sfera patrimoniale, nonché tra danni tangibili, danni futuri e perdite di *chance*. Alla soluzione di questa questione si dedicò successivamente la Suprema Corte.

La Cassazione¹, sulla scorta della concezione unitaria del danno biologico e seguendo le orme della Consulta, giunse ad escludere in toto dalle azioni di rivalsa e di surroga

*Avvocato del Foro di Torino. Professore a. c. Sistemi giuridici comparati all'Università Bocconi di Milano..

¹ Cass. Civ., Sez. III, 22 gennaio 1998, n. 605, in *Resp. Civ. prev.*, 1998, 362, con nota di D. Poletti.

esercitabili dall'Inail, oltre che il danno morale, altresì la componente del danno biologico costituita dal c.d. «danno alla capacità lavorativa generica».

In particolare, la Cassazione chiuse così la questione: «le prestazioni dell'assicuratore sociale indennizzano l'assistito per un pregiudizio, conseguenza della menomazione psico-fisica, che è affatto diverso da quello biologico, sicché il diritto dell'assicuratore sociale di recuperare il costo delle prestazioni erogate, come non può esercitarsi sul risarcimento del danno morale soggettivo, nemmeno può esercitarsi sul risarcimento del danno biologico: può esercitarsi, bensì, sul risarcimento del danno patrimoniale, che spetti in concreto al danneggiato nell'ambito del rapporto di responsabilità civile».

Per la Cassazione, dunque, le prestazioni dell'assicuratore sociale non potevano riguardare i danni non patrimoniali, bensì solo quelli patrimoniali spettanti in concreto al danneggiato nell'ambito della responsabilità civile. In breve, il danno biologico secondo la Suprema Corte doveva risultare *totalmente* sottratto al sistema indennitario Inail.

Più nello specifico, in merito alla componente del danno biologico relativa alla lesione della c.d. «capacità di lavoro generica» la giurisprudenza di legittimità – nella piena convinzione della riconducibilità, entro la categoria del danno biologico, di tutte le ipotesi di danno «non reddituale» ivi compresi i danni da riduzione della capacità lavorativa generica, costituendo questi ultimi «lesione di un generico modo di essere del soggetto» e non attenendo «in alcun modo al piano della concreta produzione di reddito, sostanziosamente, viceversa, in una menomazione della salute in senso lato, risarcibile come tale e non come perdita patrimoniale derivante dalla generica capacità lavorativa di cui ogni soggetto dispone in aggiunta (o in sostituzione) alla capacità lavorativa specifica»² – escluse a chiare lettere la sua riconducibilità entro l'indennità Inail, negando che fosse ravvisabile nel danno biologico una parte coperta dalla rendita corrisposta dall'Inail per la riduzione della capacità di lavoro generica³. In particolare, la Cassazione⁴, superando un orientamento ancora ricorrente in taluna giu-

² Cass. Civ., Sez. III, 15 dicembre 2000, n. 15859, in *Riv. Giur. Circolaz. e Trasp.*, 2001, 631.

³ Cass. Civ., Sez. lavoro, 21 marzo 2002, n. 4080, in *Arch. Civ.*, 2003, 86; Cass. Civ., Sez. III, 15 dicembre 2000, n. 15859; Cass. Civ., Sez. III, 27 agosto 1999, n. 8998, in *Mass. Giur. It.*, 1999; Cass. civ., Sez. III, 25 settembre 1997, n. 9401 [«L'Inail, a seguito della modifica normativa conseguente ad alcune decisioni della Corte Cost. (nella specie n. 356 del 1991), non può surrogarsi all'assicurato per le somme dovutegli dal responsabile del sinistro stradale per risarcimento del danno biologico non soltanto se questo non è collegato alla perdita o riduzione della capacità lavorativa generica, ma altresì se, pur essendovi tale collegamento, è difficile scindere tale voce dall'«unicum» che costituisce il danno biologico»]. Cfr. tra la prima giurisprudenza di merito in questa direzione: Trib. Torino, 11 dicembre 1993, in *Resp. Civ. e Prev.*, 1994, 778 («Sussiste assoluta eterogeneità tra il concetto civilistico di danno alla salute e la nozione di incapacità lavorativa generica, che ha rilevanza solo nell'ambito previdenziale. Stante l'impossibilità di scorporare dalla complessiva liquidazione del danno alla salute la quota incidente sulla capacità di lavoro generica, che non rappresenta una componente del primo va dichiarata la totale intangibilità dell'azione di surroga dell'Inail delle somme liquidate al lavoratore a titolo di danno biologico. Non risultando il danno morale coperto dalle prestazioni assicurative, anch'esso deve ritenersi sottratto all'azione di surroga dell'Inail»).

⁴ Cass. Civ., Sez. III, 27 agosto 1999, n. 8998, cit.

risprudenza di merito⁵, giunse alla conclusione per cui, in tema di rivalsa dell'Inail nei confronti dei terzi responsabili del danno cagionato al lavoratore assistito, non potesse in alcun modo riconoscersi in favore del predetto Ente il diritto alla somma corrispondente a quella parte della liquidazione del danno biologico relativa alla perdita della capacità lavorativa generica intesa come menomazione potenziale e reddituale, ritenendola inclusa nella lesione della salute e non suscettibile di essere espunta dalla globalità della stessa, comprensiva di altre voci interrelazionali (come il danno alla vita di relazione, quello per la perdita di concorrenzialità, di *chances* in campi non lavorativi ma socialmente rilevanti).

La Suprema Corte⁶, dunque, sottolineò l'*inesistenza* di un «danno biologico previdenziale patrimoniale» sul quale l'Inail avesse facoltà di rivalersi, comportando tale riconoscimento «un sacrificio del diritto dell'assicurato all'integrale risarcimento del danno, garantito dall'art. 32 Cost. e dalla legislazione vigente»: «la predetta capacità lavorativa generica, che appartiene alla sfera inviolabile della persona, e la cui tutela spetta in via esclusiva al danneggiato, è, infatti, ontologicamente differente da quella, che, per prassi, ha una denominazione analoga, intesa come attitudine al lavoro, la cui menomazione, che è causa di perdita patrimoniale da mancato guadagno, dà diritto alle prestazioni Inail».

Anche in tempi più recenti, con riferimento ovviamente a fattispecie anteriori al d.lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, la Cassazione ha ribadito tali concetti, nello specifico confermando i seguenti principi:

- ▶ in base alla disciplina di cui al d.p.r. n. 1124 del 1965 l'indennizzo a carico dell'Inail previsto in caso di infortunio sul lavoro si riferisce esclusivamente alla riduzione della

⁵ Cfr., ad esempio, le seguenti pronunce: Trib. Pordenone, 3 maggio 1996, in *Riv. Critica Dir. Lav.*, 1997, 365 («Posto che, nell'attuale sistema di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, le indennità a carico dell'Inail riguardano il solo danno connesso alla perdita di capacità lavorativa, e non coprono dunque l'intero ambito del danno biologico, l'azione di regresso dell'istituto sulle somme globalmente corrisposte dal responsabile all'infortunato, a titolo di risarcimento del danno biologico, deve essere limitata a quella sola parte del danno biologico risarcito, che si ricollega alla diminuzione della capacità lavorativa generica, equitativamente stimabile, con riferimento alla fattispecie in esame, nei tre quinti del totale»); Pret. Milano, 13 aprile 1996, in *Lavoro nella Giur.*, 1996, 761 [(«Nel caso di responsabilità del datore di lavoro per il risarcimento del danno biologico al lavoratore che abbia subito infortunio sul lavoro, il risarcimento dovuto deve essere ridotto equitativamente del 50% in considerazione del fatto che la rendita Inail copre quella parte del danno biologico che si ricollega alla diminuzione di capacità lavorativa generica. Infatti ai sensi dell'art. 74 T.U. n. 1164, le prestazioni Inail si collegano all'accertata riduzione di attitudine al lavoro, nella quale è appunto ricompresa anche la suddetta capacità lavorativa generica: quest'ultima peraltro incide in misura rilevante (almeno il 50%) nell'ambito delle attività di realizzazione della persona umana delle quali si tiene conto ai fini della liquidazione del danno biologico»)]; Trib. Genova, 5 gennaio 1996, in *Riv. Infört. e Mal. Profess.*, 1996, II, 30 [«La surroga dell'Inail a norma dell'art. 1916 c.c. incontra il limite del risarcimento civile dovuto dal responsabile dal quale deve essere scorporata la componente riferibile al danno biologico in senso stretto (o «puro», che si risolve in un danno alla vita di relazione, alla sfera spirituale e affettiva del danneggiato; di conseguenza l'Inail può ripetere la parte di risarcimento commisurata alla capacità lavorativa generica»; nella specie tale pregiudizio fu quantificato nella percentuale di un terzo del danno civilisticamente rilevante].

⁶ Cass. Civ., Sez. III, 27 agosto 1999, n. 8998, cit.

capacità lavorativa e non comprende una quota volta a risarcire il danno biologico: pertanto, deve escludersi che parte del danno biologico risulti coperto dalla rendita corrisposta dall'Inail per la riduzione della capacità di lavoro generica, giacché le indennità erogate dall'Inail sono collegate e commisurate esclusivamente ai riflessi che la menomazione psico-fisica ha sull'attitudine al lavoro dell'assicurato, mentre nessun rilievo assumono gli svantaggi, le privazioni e gli ostacoli che la menomazione comporta con riferimento agli ambiti diversi da quelli riconducibili all'attitudine al lavoro, benché in tali ambiti resti compresa la stessa capacità di lavoro, ma in relazione a considerazioni ed effetti assolutamente differenti⁷;

- ▶ in caso di illecito lesivo dell'integrità psico-fisica della persona, il giudice è tenuto a verificare se le lesioni accertate, oltre ad incidere sulla salute del soggetto, abbiano anche ridotto la sua capacità lavorativa specifica, con riduzione, per il futuro, della sua capacità di reddito, attribuendo in tal caso due distinte voci di risarcimento, rispettivamente a titolo di danno biologico e di danno patrimoniale per la riduzione della capacità lavorativa specifica; nell'ambito delle somme liquidate per la prima voce, è precluso al giudice individuare e disaggregare la componente riferibile alla perdita della capacità lavorativa⁸;
- ▶ nella liquidazione del danno patrimoniale da riduzione della capacità di lavoro e di guadagno, per evitare duplicazioni risarcitorie, dal danno effettivamente patito dalla vittima per la sua diminuita capacità lavorativa specifica, accertato e quantificato dal giudice con i criteri della responsabilità civile, va sottratto il valore capitale della rendita erogata dall'Inail, rappresentando quest'ultimo un indennizzo anch'esso destinato al ristoro di un danno patrimoniale⁹.

La giurisprudenza di merito degli ultimi anni non si più è discostata da questi scenari¹⁰.

⁷ Cass. Civ., Sez. lavoro, 27 giugno 2006, n. 14776, in *Ced Cassazione*, 2006.

⁸ Cass. Civ., Sez. III, 23 febbraio 2006, n. 4020, in *Arch. Giur. Circolaz.*, 2007, 2, 204. Nella specie la S.C. ha cassato la sentenza di merito che aveva riconosciuto il diritto di surrogazione dell'Inail su parte delle somme liquidate al danneggiato a titolo di danno biologico.

⁹ Cass. Civ., Sez. III, 2 luglio 2010, n. 15738, in *Ced Cassazione*, 2010.

¹⁰ Cfr. *ex plurimis* le seguenti pronunce: Trib. Bari, Sez. III, 1° settembre 2010, in *Plurisonline* (in questa sentenza si è stabilito che il danneggiato può, rispetto all'infortunio subito sul posto di lavoro ed al di là ed indipendentemente dalla percezione dell'indennizzo assicurativo da parte dell'Inail, intraprendere azione risarcitoria, nei confronti del datore di lavoro, onde ottenere ristoro totale, non a titolo di danno differenziale, tanto del danno morale di cui all'art. 2059 c.c., quanto di quello patrimoniale non connesso alla perdita di capacità lavorativa specifica); Trib. Arezzo, 20 settembre 2006, in *In nome del popolo aretino*, 2007 («Le indennità riconosciute dall'Inail secondo la disciplina di cui al d.p.r. n. 1124 del 1965 [...] non possono in alcun modo essere detratte dall'importo riconosciuto al danneggiato a titolo di danno biologico. Ciò in quanto, tali indennità, relative alla perdita della capacità di lavoro, pur non avendo ad oggetto il danno patrimoniale in senso stretto – posto che la prestazione Inail spetta a prescindere dalla sussistenza di un'effettiva perdita o riduzione dei guadagni –, sono collegate e commisurate esclusivamente ai riflessi che la menomazione psico-fisica ha sull'attitudine al lavoro dell'assicurato, mentre nessun rilievo assumono gli svantaggi, le privazioni e gli ostacoli che la menomazione comporta con riferimento ad ambiti diversi da quelli riconducibili all'attitudine al lavoro, ancorché in questi ambiti resti compresa la stessa capacità al lavoro, ma all'interno di considerazioni ed effetti del tutto

Nel modello precedente (tuttora operativo per gli eventi dannosi accaduti o denunciati prima del 25 luglio 2000) i rapporti tra indennità Inail e risarcimenti sono quindi sufficientemente chiari: all'ente previdenziale è affidato il compito di sostenere le vittime nelle loro esigenze economiche (concrete e/o presumibili), *sic et simpliciter*.

Soprattutto, manifesto è che, laddove trovi applicazione il precedente regime, il «danno differenziale», relativamente alla riduzione (o all'azzeramento) della capacità lavorativa, si giochi sul solo fronte della liquidazione del danno patrimoniale, dovendosi a quest'ultimo sottrarre quanto eventualmente corrisposto dall'Inail in ragione della lesione della capacità lavorativa specifica.

Sia chiaro: danno patrimoniale da perdita/riduzione della capacità lavorativa e (vecchia) indennità Inail per la lesione dello stesso bene non sono considerabili voci propriamente sovrapponibili.

Infatti:

► in seno alla R.C. il danno patrimoniale da perdita/riduzione della capacità lavorativa dovrebbe consistere o in perdite pecuniarie già intercorse (dunque, concretamente intervenute e dimostrabili «conti alla mano») oppure in perdite future sì accertate con criteri presuntivi e considerazioni equitative (anche in ragione di eventuali perdite di *chance*), ma comunque esigendosi la prova di una effettiva (ancorché futura e, quindi, probabile) perdita o riduzione dei guadagni, in teoria potendosi pure prescindere dall'entità medico-legale della menomazione della capacità lavorativa (ad esempio, se si dimostra che un lavoratore, in conseguenza del sinistro, ha subito la perdita della sua occupazione e, per ragioni dettate dal mercato del lavoro locale, non può più accedere al posto di lavoro, il suo danno patrimoniale futuro è da ragionarsi in termini di danno da perdita del lavoro, nonostante la sua incapacità lavorativa sia modesta; un lavoratore leso al 100%, ma che continua e, con ogni probabilità, continuerà a percepire per intero il suo stipendio non dovrebbe conseguire alcun risarcimento per il danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa, potendosi al massimo ipotizzare, laddove ricorrano i presupposti, un danno da perdita e/o riduzione della possibilità di concorrere sul mercato del lavoro); in breve, in R.C. la determinazione dell'esistenza (anche futura) dei

diversi. Per tale motivo, va escluso che il regresso e la surroga dell'istituto assicuratore, nel caso di indennità riconosciute prima dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 38/2000, potessero comprendere una quota di danno non patrimoniale. Tuttavia, proprio perché le indennità Inail sono afferenti al danno patrimoniale subito dal danneggiato per la riduzione della capacità lavorativa, devono essere detratte, in applicazione del principio «compensatio lucri cum damno», dall'importo liquidabile in sede civile a titolo di danno patrimoniale per il minor reddito percepito a causa dell'infortunio. Ed infatti, se la capacità lavorativa generica appartiene alla sfera inviolabile della persona e la relativa perdita, intesa come menomazione potenziale, è inclusa nella lesione alla salute, non potendo essere espunta dalla globalità della stessa, è evidente che la nozione di capacità lavorativa generica compresa nel danno biologico risulta ontologicamente differente da quella che, per prassi, ha una denominazione analoga, ma nel significato di attitudine al lavoro, la cui menomazione si presume essere causa di perdita patrimoniale per mancato guadagno, dando perciò diritto alle prestazioni Inail»).

pregiudizi patrimoniali in questione dipendono (o dovrebbero auspicabilmente dipendere) da quanto avviene o probabilmente potrebbe avvenire in concreto nel rapporto di lavoro tra lavoratore danneggiato e suo datore; inoltre, va debitamente sottolineato come trattasi di un danno tutto da «personalizzare» da parte del magistrato;

- ▶ l'indennità/rendita Inail risulta invece svincolata dalle vicende che in concreto possono avere luogo nel rapporto di lavoro; anche in questo contesto vi sono comunque dei margini per la «personalizzazione», ancorché affidati per intero alla valutazione medico-legale (nessuna possibilità di «personalizzazione» per via giurisdizionale).

La distinzione ora tracciata, a ben osservare, continua a riscontrarsi anche nel nuovo «sistema Inail», inaugurato dal decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38.

Semmai, con tale passaggio storico, la questione delle interazioni tra R.C. e tutela Inail si è fatta ancora più complicata; inoltre, la distinzione tra risarcimento del danno da perdita/riduzione della capacità lavorativa e indennizzo Inail di tale danno è divenuta più marcata.

All'art. 13 del decreto legislativo si legge infatti che l'Inail indennizza anche il danno biologico. Anzi, per le lesioni fisiche e/o psichiche dal 6% fino al 15% di invalidità, l'Inail corrisponde, in forma capitale, *solo* un indennizzo a titolo di danno biologico. Inoltre, come emerge espressamente dalla norma in questione, *solo* le menomazioni di grado pari o superiore al 16 percento «danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze delle stesse, commisurata al grado di menomazione, alla retribuzione dell'assicurato e al coefficiente di cui alla apposita «tabella dei coefficienti», che costituiscono indici di determinazione della percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali, in relazione alla categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilità dello stesso». Le conseguenze patrimoniali, come si ricava dalla nuova disciplina, sono quindi oggetto di indennizzo *solo* per le lesioni pari o superiori al 16% e peraltro si pongono come una quota «ulteriore» di rendita rispetto all'indennizzo corrisposto per le conseguenze di tipo biologico.

Come noto, il processo di riforma del sistema di assicurazione obbligatoria si è poi completato a seguito dell'emanazione del d.m. 12 luglio 2000, che ha introdotto le tre tabelle (*Tabella delle menomazioni*, *Tabella indennizzo danno biologico* e *Tabella dei coefficienti*) previste nell'art. 13, 3° comma, del decreto legislativo: gli strumenti operativi del nuovo modello.

Come si è detto, innanzitutto nel nuovo sistema la questione del c.d. «danno differenziale» si è significativamente complicata.

Essa, infatti, si è sostanzialmente duplicata rispetto al precedente sistema, così come chiarito dalla Consulta e dalla Cassazione: la questione si pone sia sul versante del danno non patrimoniale e sia sul fronte del danno patrimoniale da perdita/riduzione della capacità lavorativa (per le lesioni superiori al 15% di I.P.).

Non solo, peraltro, la questione si è complicata per essersi duplicata, ma per il fatto che la rendita è costituita da due componenti: la componente biologica (che costituisce la base) e la componente patrimoniale del pregiudizio alla capacità lavorativa.

Chiaro è – ciò perlomeno per i principi ribaditi dalla Cassazione a partire dagli anni novanta – che la rendita, ogniqualvolta R.C. e «sistema Inail» vengano ad intersecarsi, debba pertanto essere scomposta, separandosi le due anzidette componenti.

Ciò rilevato, è altresì evidente che, costituendo la componente biologica il pezzo forte della nuova rendita Inail (l'art. 13 del decreto legislativo n. 38/2000 ha operato una vera e propria «rivoluzione copernicana», nel senso di aver portato, al centro del sistema, il danno biologico, relegando la perdita/riduzione della capacità di produrre reddito ad un vero e proprio accessorio di questa – ora primaria – voce di indennizzo/rendita), i rapporti tra, da un lato, risarcimento del danno da perdita/riduzione della capacità lavorativa e, dall'altro lato, indennizzo Inail si siano modificati in modo significativo, divenendo ancora più netta la distinzione fra questi due contesti.

L'indennizzo delle perdite patrimoniali cagionate dalla menomazione di origine lavorativa, previsto solo per i danni superiori al 15% di I.P., trova la sua quantificazione, *per relationem*, rispetto al danno biologico subito, oltre che per la retribuzione goduta.

La *Tabella dei Coefficienti* ipotizza quattro fasce di lavoratori, distinti dalla gravità della menomazione subita. Il primo gruppo comprende i danni fino al 25%, il secondo fino al 50%, il terzo fino all'85% ed il quarto fino al 100%. I primi tre gruppi sono a loro volta distinti in sotto categorie (16-20 e 21-25 percento di danno; 26-35 e 36-50 percento; 51-70 e 71-85 percento), mentre l'ultimo gruppo è unico. Ad ogni gruppo la tabella assegna un coefficiente, che va dallo 0,4 all'1 della retribuzione del soggetto. Per calcolare la rendita annuale occorre quindi individuare la retribuzione di riferimento e poi moltiplicarla per il coefficiente relativo alla fattispecie. È fatta però salva la possibilità di attribuire un coefficiente superiore a quello previsto per la menomazione, previa adeguata motivazione medico-legale.

A scorrere questi nuovi criteri si ricava come le logiche del «danno patrimoniale Inail da perdita/riduzione della capacità lavorativa» siano mutate radicalmente: mentre prima erano svincolate dalla valutazione dell'invalidità biologica, ora si ritrovano strettamente connesse a questa.

Risulta altresì incrementato il livello degli automatismi nel calcolo di questa posta.

Come si è detto, tutto ciò induce a ritenere che la distinzione tra risarcimento del danno da perdita/riduzione della capacità lavorativa ed indennizzo Inail sia divenuta ancora più netta. Peraltro, nell'ambito della R.C., grazie alla *Consensus Conference* di Varese del 22 settembre 2007, promossa dalla Famli (Federazione delle Associazioni medico-legali italiane)¹¹, si è

¹¹ Da questa è emerso l'importantissimo contributo Aa.Vv., *Il danno alla persona da compromissione della capacità lavorativa*, a cura di F. Buzzi, M. Tavani, M. Valdini, Milano, 2008.

superata finalmente quella distinzione, ormai da tempo oggetto di critiche, fra, da un lato, «danno alla capacità lavorativa generica» (spesso ridimensionato a componente, peraltro marginale, del danno biologico «personalizzato») e, dall'altro lato, «danno alla capacità lavorativa specifica»: dicotomia foriera in diritto (ma anche nella medicina legale stessa) di visioni significativamente riduttive delle reali conseguenze, in termini economici e dunque di danno patrimoniale, delle lesioni personali subite da tutta una serie di danneggiati (dai minori ai lavoratori privi – nel periodo tra l'evento lesivo e il momento della liquidazione dei danni subiti – di riscontri immediati di perdite o riduzioni di reddito).

A questo riguardo, recita il punto n. 1 del Decalogo messo a punto in occasione di tale *Consensus Conference* che «riduzione delle attitudini professionali e della capacità lavorativa» (si noti l'assenza della contrapposizione fra capacità «generica» e capacità «specifiche») sono «categorie giuridiche e medico-legali» concettualmente diverse dal «danno biologico». Questa impostazione, considerando che la complessa questione del risarcimento delle conseguenze economiche discendenti da una modifica negativa della capacità lavorativa è stata frequentemente ristretta, sul versante del danno patrimoniale, al solo profilo della «capacità lavorativa specifica», costituisce un passaggio di assoluto rilievo: un significativo passo in avanti verso una concezione più realistica dei pregiudizi effettivamente subiti dal danneggiato e di quelli che verosimilmente lo stesso patirà in futuro. In tutta evidenza la valutazione medico-legale dei riflessi della lesione biologica sulla capacità lavorativa (non solo più quella specifica, ma, tenuta distinta dalla questione del danno biologico, anche attitudinale) è stata così reimpostata nella direzione di una visione a 360 gradi del danneggiato quale *homo faber* (*in fieri* oppure già ampiamente introdotto nel mondo del lavoro).

Il testo segna peraltro un ulteriore fondamentale chiarimento a beneficio non solo dei medici legali (talvolta portati ad esprimersi direttamente sulla sussistenza o meno di un danno patrimoniale giuridicamente concepito, invece che sulla perdita o riduzione di capacità lavorativa e attitudini naturalisticamente intese), ma altresì (anzi, soprattutto) di avvocati e magistrati (in diverse occasioni appiattiti, nella concezione del danno patrimoniale collegato alle capacità reddituali, alle indicazioni medico-legali circa la lesione o meno della capacità lavorativa specifica): al punto n. 2 del Decalogo operativo, infatti, si sottolinea che la lesione della capacità lavorativa (da apprezzarsi anche con riguardo anche alle attitudini) è concetto ben diverso dalle incidenze negative sulla capacità reddituale del danneggiato (correttamente definita quale «presupposto fondamentale del danno patrimoniale da lucro cessante»). In altri termini, come pure evincibile dal punto n. 7, in questo nuovo modello l'individuazione da parte del medico legale di una riduzione della capacità lavorativa non implica che a questa corrisponda una riduzione di reddito, ossia la prima non configura un danno patrimoniale, ma costituisce parametro di valutazione dell'effettività delle conseguenze negative sul piano reddituale lamentate dal danneggiato.

In sintesi, il Decalogo operativo coglie nel segno: un conto sono le indicazioni medico-legali circa la sussistenza/insussistenza della perdita o riduzione della capacità lavorativa; ben altra questione è la prova – di competenza del diritto – necessaria ai fini del risarcimento di un danno patrimoniale (prova che, ovviamente, non è solo questione di *quantum*, bensì, a monte, dimostrazione dell'esistenza del danno giuridicamente inteso).

Insomma, oggi corrono differenze enormi tra il danno patrimoniale civilistico da perdita/riduzione della capacità lavorativa e la posta riconosciuta dall'Inail, vigente il nuovo regime, per le conseguenze patrimoniali discendenti da tale perdita/riduzione.

Mentre in ambito civilistico dovrebbe essersi ridotto il rischio di risarcire troppo o risarcire troppo poco per la perdita/riduzione di tale capacità, nel contesto Inail questo rischio si è fatto decisamente più serio: laddove il lavoratore infortunato possa imputare l'evento dannoso ad un responsabile (sia questi il datore di lavoro oppure un soggetto terzo) il risarcimento del danno civilistico dovrebbe sopperire alle eventuali carenze del sistema indennitario; viceversa, laddove l'evento dannoso non sia imputabile ad alcuno nella prospettiva della responsabilità civile, il rischio è che il lavoratore – il quale abbia subito un danno biologico contenuto, ma con un'incidenza devastante sul piano della sua capacità lavorativa – si ritrovi con una tutela indennitaria significativamente sottodimensionata.

A distanza di dieci anni dall'entrata in vigore del nuovo «sistema Inail» permangono invero diverse perplessità sulle innovazioni apportate dal decreto legislativo n. 38/2000: indubbiamente il precedente modello andava rivisitato, ma forse in una direzione almeno in parte differente, cioè protesa a permettere all'Inail di calibrare la tutela del lavoratore in considerazione delle sue concrete vicende lavorative post infortunio e, quindi, delle sue reali esigenze economiche.

Ciò che pare difettare nel «sistema Inail» è una «personalizzazione dinamica» delle rendite che, a prescindere dall'eventuale aggravamento del pregiudizio biologico, permetta la valorizzazione, nel corso del tempo, delle conseguenze effettive dell'evento assicurato sulla produzione di reddito da parte del danneggiato: infatti, la capacità di guadagno può rimanere inalterata per un lungo lasso di tempo e poi, per le dinamiche del rapporto di lavoro, disciogliersi da un giorno all'altro, senza necessariamente che l'invalidità psicofisica abbia subito variazioni *in peius*.

Forse sarebbe opportuno tornare a riflettere sugli obiettivi della tutela assicurativa dei lavoratori, ciò nel contesto di una situazione occupazionale che riserva costantemente cattive nuove per tutti.

Dieci anni di applicazione della Tabella dei coefficienti: vantaggi e svantaggi del sistema

di **Patrizio Rossi***

La relazione è visionabile sul sito www.inca.lombardia.it alla voce
«La consulenza medico-legale - Quaderni di Medicina Legale e del Lavoro»

* Sovrintendenza medica generale Inail.

Difetti e carenze del sistema: alcuni casi specifici

di **Gianpiero Cassina***

▼ **Caso 1**

A.G., donna di 51 anni.

Dall'età di 15 fino ai 50 anni ha lavorato presso vari maglifici come addetta al reparto maglieria.

Nell'ultima ditta, dal 2004 a tutt'oggi, lavora in due postazioni diverse:

- ▶ addetta al rimaglio (attività prevalente, per quasi tutto il turno lavorativo pari ad 8 ore con due pause di 10 minuti, una al mattino e una al pomeriggio); seduta alla macchina per assemblare la maglia e produrre il capo: impugna la maglia con pollice ed indice di entrambe le mani e la infila in piccoli aghi imprimendo anche un movimento di forza. Il movimento è ripetitivo e ha una frequenza di un atto al secondo (un punto per ogni ago). La quantità di punti per ogni capo è diversa. Vengono prodotti circa 30 capi al giorno.
- ▶ addetta alla rifinitura dei capi: attività secondaria e marginale, consiste nel ripassare i capi che necessitano di cucitura manuale, che avviene con ago impugnato con pollice ed indice della mano destra e con afferramento della maglia con pollice ed indice della mano sinistra.

Storia clinica:

- ▶ nel 2002 (44 anni) intervento di artroscopia alla spalla destra ed acromionplastica;
- ▶ nel 2004 (46 anni) intervento di artroscopia spalla sinistra ed acromionplastica;
- ▶ dal 2006 cure fisiche (onde d'urto, laser e infiltrazioni) al polso e pollice della mano destra per dolore ingravescente;
- ▶ nel 2009 intervento di trapeziectomia e ligamentoplastica per rizoartrosi alla mano destra;
- ▶ nel febbraio 2010 diagnosi di sindrome del tunnel carpale bilaterale;
- ▶ nel maggio 2010 diagnosi di tenovaginalite stenosante dei flessori del pollice mano destra (in attesa di intervento chirurgico).

* Medico del lavoro, Patronato Inca Cgil di Bergamo.

Giunta alla nostra osservazione nel giugno 2010 è stata inoltrata denuncia di malattia professionale per tunnel carpale bilaterale, rizoatrosi e dito a scatto mano destra; esiti di acromionoplastica per tendinopatia bilaterale delle spalle.

L'Inail ha costituito una rendita complessivamente pari al 23% che, con coefficiente di base 0,5, corrisponde, monetariamente, ad un assegno mensile di euro 385,62 (di cui 159,00 euro per danno biologico e 215,79 per danno patrimoniale – i restanti 10,83 euro di quota integrativa assegni familiari). Si è chiesta l'applicazione, nel caso concreto, di un coefficiente superiore ed è stato riconosciuto il coefficiente 0,6 con un aumento della rendita mensile ad euro 430,94.

Non potendo più rientrare in azienda con la stessa mansione e non essendoci mansioni diverse in cui potersi ricollocare la signora A.G. è assente in malattia dall'11/10/2010 e si prospetta il licenziamento per superamento del comporta.

Se venisse licenziata la rendita non cambierebbe di importo e l'interessata, disoccupata, continuerebbe a percepire 430,94 euro a fronte di uno stipendio perso di euro 1.100,00 mensili circa (al netto).

È stata inoltrata domanda di invalidità all'Inps in data 20/7/2010, con esito negativo. Respinto anche il ricorso in collegiale. Si è chiesto riesame del caso dopo la visita collegiale a fronte di nuova documentazione medica fornita e l'invalidità è stata accolta con decorrenza spostata al dicembre 2010.

L'Inail non ha ancora provveduto alla valutazione del danno ex T.U. 1124/65 ai fini del collocamento al lavoro come invalida.

L'azienda occupa 18 dipendenti, tutte donne, tutte con mansioni di addetta a maglieria. Nessun invalido risulta ad oggi collocato.

▼ Caso 2

B.C., donna di 46 anni.

Diplomata in ragioneria, dall'età di 21 anni lavora come impiegata.

Il 3/3/2010 mentre si reca al lavoro in scooter viene investita da un'auto, riportando una frattura scomposta-esposta diafisaria del femore destro con vasta ferita lacero-contusa con perdita di sostanza alla coscia; frattura scomposta del II e III metatarso della mano sinistra, distorsione della caviglia destra con lesione del Lpaa, trauma cranico non commotivo con distorsione cervicale e ferita lacera al mento.

Il 5/9/2010 l'Inail costituisce una rendita pari al 19% per esiti di frattura diafisaria del femore destro con callo osseo calcifico esuberante e lieve dismetria 8%; ampio esito cicatriziale alla coscia di cm. 21×18 in parte violaceo e cheloideo ed esiti di espianito dalla coscia controlaterale per plastica cutanea 5%; esiti di fratture scomposte II e III metacarpo mano

destra 3%; distorsione caviglia con lesione legamentosa 3%; trauma cranico con distorsione cervicale 1%; cicatrice al mento di cm. 3 violacea e cheloidea 3%. Rendita globale 19% con coefficiente lavorativo base 0,4.

Monetariamente la rendita mensile è pari a euro 298,83 (di cui euro 121,61 per danno biologico ed euro 168,78 per danno patrimoniale – le restanti 8,44 euro di quota integrativa assegni familiari –).

In concreto non si rileva nessuna incidenza sulla capacità lavorativa specifica. L'infortunata continua a svolgere l'attività che espletava prima, con le stesse mansioni, con gli stessi tempi, senza riferite difficoltà.

Il suo stipendio è pari ad euro 1.600,00 circa (al netto).

Considerazioni

Dall'esame comparato dei due casi emerge chiaramente l'inadeguatezza del sistema della Tabella dei coefficienti prevista dal d.lgs. 38/00.

Il criterio di graduare il danno patrimoniale in base al pregiudizio nello svolgimento dell'attività svolta e / o di quelle della categoria di appartenenza è senz'altro utile ed opportuno. Quello che non appare condivisibile è il sistema automatico in base al quale si prevede che il danno patrimoniale debba essere linearmente correlato all'entità del danno biologico.

L'impostazione è concettualmente errata in quanto il riflesso di un danno funzionale sulle attività proprie della vita quotidiana può essere del tutto diverso da quello sull'attività lavorativa e sulla capacità di guadagno attuale e potenziale.

Ciò si osserva con tutta evidenza soprattutto nel campo delle malattie professionali e particolarmente in due condizioni:

- ▶ nella patologia di natura allergologica, in tutti i casi in cui l'allergene non è separabile dalla specifica mansione professionale (per esempio panettieri, parrucchieri);
- ▶ nella patologia muscolo-scheletrica quando l'algo-disfunzionalità si manifesta soprattutto nel corso del lavoro muscolare, limitando l'esercizio di forza e/o la durata dei movimenti (come nel caso della tendinopatia della cuffia dei rotatori e delle patologie degenerative del ginocchio).

In questi casi e in casi analoghi i valori tabellari automaticamente previsti non rispecchiano il grado di disabilità che in concreto si riflette sulla capacità di espletare il proprio lavoro. Altri casi si osservano per esempio nella patologia della colonna, specie dove il trattamento terapeutico risulta inefficace e/o le lesioni discali si accompagnano a un diffuso quadro degenerativo artrosico.

Sono purtroppo frequenti i casi di licenziamento a seguito di segnalazioni all'Inail delle summenzionate patologie e del conseguente giudizio di non idoneità o di idoneità condizionata da parte dei medici competenti. Ciò è tanto più vero nelle piccole e microimprese che costituiscono il tessuto economico prevalente del nostro Paese.

Un'altra considerazione va fatta circa il valore economico, troppo basso, che differenzia i diversi coefficienti e che rende l'impostazione del criterio di indennizzo del danno patrimoniale, pur teoricamente valida, di fatto insufficiente allo scopo.

Un ultimo problema connesso all'utilizzo della Tabella dei coefficienti è quello relativo alle modalità con cui si definisce il pregiudizio all'attività svolta e/o di quelle della categoria di appartenenza: se, cioè, il pregiudizio vada riferito esclusivamente alla dimostrazione di un danno reddituale già verificatosi (come viene richiesto in alcune sedi Inail) o piuttosto non vada considerata anche la potenziale perdita di opportunità per il futuro (capacità di concorrenza, opportunità di carriera, accorciamento della vita lavorativa). E ciò è di particolare attualità in un mercato del lavoro sempre più caratterizzato, oltre che da una contrazione dei posti di lavoro, dalla diffusione di contratti a termine, flessibilità ed instabilità delle imprese.

Al riguardo, anche se riferita all'ambito della responsabilità civile, è interessante la sentenza della Cassazione Civile, Sez. III, 28 settembre 2010, n. 20351, ove si afferma che «qualora a seguito di un sinistro stradale, il danneggiato lamenti e richieda la liquidazione del danno da perdita di *chance*, ovvero da perdita della futura capacità di guadagno, deve al tal fine fornire la prova dell'esistenza di elementi oggettivi dai quali desumere in termini di certezza o di elevata probabilità e non di mera potenzialità, l'esistenza di un pregiudizio economicamente valutabile».

La sentenza, pur definendo la necessità della sussistenza di elementi oggettivi di prova, include la perdita di *chance* della futura capacità di guadagno come danno patrimoniale risarcibile.

La diminuzione permanente delle capacità che abbiano potenzialità patrimoniale specie sul danno patrimoniale futuro, e che sono oggetto della valutazione medico-legale, variano sulla base del contesto specifico, delle personali esperienze, a seconda di come si siano differenziate nel corso della vita e si identifica con la capacità di lavoro attitudinale: questa va riconosciuta tenuto conto dell'età, dell'anamnesi lavorativa, delle condizioni di salute e del titolo di studio (E. Ronchi, M. Cucci., *La valutazione del danno. Capacità lavorativa specifica e attitudinale, basi tecniche del danno patrimoniale: problematiche valutative medico-legali*).

A conclusione delle argomentazioni fin qui svolte riteniamo opportune le seguenti correzioni al sistema dei coefficienti:

- ▶ andrebbe superato o quantomeno abbassato il limite della soglia al 16% per l'applicazione dei coefficienti di indennizzo del danno patrimoniale;
- ▶ andrebbe contestualizzata l'attribuzione dei coefficienti, superando il criterio automatico di attribuzione degli stessi sulla base di predefiniti scaglioni di entità del danno biologico;

- andrebbero applicati i coefficienti tenendo in considerazione anche la stima della perdita di opportunità reddituali future;
- andrebbe infine maggiormente differenziato il valore economico dei coefficienti con la progressione dei riflessi della menomazione sulla capacità di guadagno presente e/o futuro.

La valutazione delle residue capacità lavorative ex legge 68/99

di **Giuseppe Leocata** *

Il Giuramento di Ippocrate

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo,
GIURO:

- di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.

▼ **Premessa**

Le «Linee-guida per l'organizzazione presso le Asl delle attività di valutazione delle potenzialità lavorative dei disabili ai sensi della legge 68/99 e del d.p.c.m. 13 gennaio 2000» della Regione Lombardia (decreto del direttore generale Famiglia e Solidarietà sociale n. 25391 del 18.12.2002) forniscono alle Commissioni sanitarie presso le Aziende sanitarie locali indicazioni precise e vincolanti circa le procedure e gli aspetti operativi, compresi i relativi allegati tecnici (che costituiscono parte integrante del provvedimento), per lo svolgimento delle attività di valutazione delle «ridotte capacità lavorative» delle persone con disabilità.

* Medico del Lavoro - Centro Stress e disadattamento lavorativo - UO Medicina del Lavoro 2 - Ospedale Maggiore Policlinico - Fondazione IRCCS CA' Granda Milano.

Si ritiene che questo concetto sia penalizzante e negativo dal punto di vista umano e culturale nei confronti di queste persone; è opportuno, pertanto, ragionare in termini di «potenziali capacità lavorative». Esso è ancora più appropriato se teniamo in considerazione due elementi. Innanzitutto l'attività specifica delle Commissioni prevede che bisogna «capire quanto uno non sa fare, quanto uno non sa più essere per la malattia che ha avuto [...] capire quanto uno *potrebbe* fare, quanto uno *potrebbe* essere se opportunamente guidato nella zona di *sviluppo potenziale*, che è una zona enorme per i disabili, minima per i sani. La psicologia ha deciso che c'è una modificabilità che dura tutta la vita. Una persona, se il suo ambiente è favorevole, migliora sino alla morte»¹².

In seconda istanza, il fatto che in occasione dell'accertamento demandato alle Commissioni presso le Asl viene effettuata una valutazione delle potenzialità lavorative del singolo soggetto, facendo riferimento alla compatibilità tra le sue capacità lavorative residue (o meglio «semi-specifiche») e un ventaglio di ambiti lavorativi teoricamente confacenti con le relative possibili forme di sostegno e strumenti tecnici e individuando se possibile tipologie di inserimento lavorativo, fa riferimento alle potenzialità del soggetto nelle situazioni reali di inserimento lavorativo mirato.

■ Il d.p.c.m. 13 gennaio 2000 e la sua gestione nell'ambito delle Asl

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13.01.2000 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art. 1, c. 4, legge 12.03.1999, n. 68», regola la materia dell'attività definita «Pre-istruttoria» dalla quale scaturisce la «Relazione conclusiva» (art. 6). Quest'ultima deve contenere le risultanze derivanti dalla valutazione globale del singolo soggetto e la formulazione di suggerimenti in ordine a eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro della persona con disabilità. L'attività è definita tale in quanto, concettualmente e in modo molto corretto dal punto di vista procedurale, la «istruttoria» ex legge 68/99 dovrebbe essere avviata prima della seduta della «Commissione di prima istanza per l'Invalidità civile», integrata con un operatore sociale come da legge 104/92 («Commissione di accertamento», art. 1); la collaborazione paritetica tra un operatore sociale e un medico del lavoro della Asl di residenza della persona dovrebbe portare a un documento che delinei un «Profilo socio-lavorativo» del singolo soggetto con disabilità (art. 4), partendo dall'acquisizione sia di notizie utili per individuare la sua posizione nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro, sia di notizie clinico-funzionali che permettano di definire un profilo delle eventuali menomazioni/disabilità/handicap al fine di un inserimento/mantenimento lavorativo e sociale della persona.

¹² Intervista a Cecilia Morosini raccolta da Vittorio A. Sironi il 13.2.03.

Menomazione	<i>Perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica</i>
Disabilità	<i>Limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano</i>
Handicap	<i>Condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione e a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce la vita di relazione</i>

Carta dei diritti delle persone handicappate - Organizzazione mondiale della sanità

Soggetto con disabilità che aspira a un lavoro

Analisi del profilo

Informazioni generali

Esperienze professionali

Istruzione e formazione

Interessi personali (socialità)

Analisi e valutazione delle competenze

Competenze e capacità professionali (pre-requisiti lavorativi di base):

- tecnico-specialistiche (richieste per espletare certo tipo di lavoro);
- operative di base e specifiche (sia lettura, calcolo, uso dell'informatica e di attrezzature in generico ambito lavorativo, sia sfera della padronanza e dell'autonomia esecutiva, precisione e produttività, attenzione in esecuzione di compiti e capacità di affrontarli adeguatamente).

Competenze organizzative (livelli di autonomia del soggetto).

Competenze relazionali.

Siamo tutti diversamente occupabili, Laura Colombo, Franco Angeli

Nell'ambito delle Commissioni presso le Asl della Provincia di Milano vengono utilizzate procedure variegata per giungere alla «Relazione conclusiva»; nella maggior parte delle Asl questa è redatta nel corso della seduta della «Commissione di prima istanza per l'invalidità civile» «integrata» e in altre è convocata una seduta gestita da un medico del lavoro e da un operatore sociale e successiva all'espressione del giudizio da parte della detta Commissione. Si ritiene, a buon senso, che nel primo caso poco tempo possa essere dedicato in quest'ambito a un'attività che necessita di maggior attenzione e di un ambito a sé di verifica, in considerazione sia dell'elevato numero di soggetti da sottoporre a giudizio per l'invalidità civile in occasione di ogni seduta della Commissione, sia del fatto che diverso è il giudizio di «ido-

neità semi-specifica alla mansione» che emerge dalla «Relazione conclusiva» dalla «Capacità lavorativa generica» oggetto del giudizio della Commissione invalidi; secondo questa procedura, comunque, si favorisce l'utente il quale si presenta una sola volta in Commissione e, in occasione di questa, viene valutato in termini sia di invalidità civile sia di eventuali benefici ex legge 68/99.

Nel secondo caso la pratica è gestita in modo dedicato e il giudizio viene ratificato da una Commissione ad hoc in secondo tempo, con la presenza di un presidente di Commissione e senza convocare ulteriormente il soggetto; in questo caso sarebbe più opportuno che la persona fosse convocata prima della seduta della Commissione («pre-istruttoria») e che il giudizio fosse emesso in maniera globale in sede di «Commissione di prima istanza».

In ogni caso, la «Commissione di accertamento», alla fine dell'iter, ha il compito di tracciare un «Profilo socio-lavorativo», come sopra descritto, e di giungere a una «*Diagnosi funzionale della persona disabile*» (art. 5) ai fini del «Collocamento mirato», intesa come descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale del soggetto da valutare; la diagnosi consiste in una valutazione qualitativa e quantitativa, il più possibile oggettiva e riproducibile, di come la persona «funziona» per quanto concerne le sue condizioni fisiche, la sua autonomia, il suo ruolo sociale, le sue condizioni intellettive ed emotive e si basa anche su dati anamnestico-clinici e sulla valutazione della documentazione medica preesistente ed esibita dal soggetto. Nell'ipotesi in cui tale documentazione sia datata oltre due mesi prima della seduta della Commissione e/o della seduta ad hoc («pre-istruttoria») e a seconda della possibile evoluzione dello specifico quadro clinico, è opportuno rinviare il soggetto a una data successiva e richiedere nuovi accertamenti specialistici su carta intestata della Asl e che il medico di medicina generale (medico curante) dovrà convertire in una richiesta redatta sul ricettario del Servizio sanitario regionale; gli accertamenti utili alla diagnosi dovranno essere effettuati presso strutture sanitarie pubbliche e/o private accreditate e non da privati e/o dal medico curante e gli esiti consegnati in copia all'Uffici invalidi civili per una nuova convocazione in Commissione.

I medici del lavoro, in genere, non hanno difficoltà nella gestione delle disabilità della sfera fisica e/o sensoriale, in quanto le menomazioni correlate fanno parte storicamente del loro bagaglio culturale e professionale; in merito alla sfera psichica, invece, essi sono meno attrezzati. In proposito, nell'ambito della «Relazione conclusiva» vanno descritti con cura alcuni aspetti importanti in relazione ad un possibile inserimento lavorativo del singolo soggetto e, in particolare: l'aspetto esteriore della persona, le sue capacità relazionali e comunicative, i suoi livelli di attenzione, la sua capacità di comprensione, il linguaggio con il quale si esprime, il livello di elaborazione, la flessibilità e l'adattabilità, il livello di decisionalità, l'emotività, la capacità di autodeterminazione e perseveranza, la coscienziosità, la tolleranza alle frustrazioni, l'immagine di sé, il comportamento espresso in diversi contesti, le sue aspirazioni e la sua motivazione al lavoro (da confrontare con sue ca-

pacità reali). In tali situazioni e con senso del limite, il medico del lavoro deve collaborare con altri professionisti e richiedere allo psicologo e/o allo psichiatra, a seconda dei casi e della struttura che ha in carico il soggetto, una relazione psico-sociale che evidenzi eventuali difficoltà relative all'orientamento spazio-temporale, al pensiero organizzato, alla tenuta psicologica, alla tolleranza ai cambiamenti, al rispetto delle regole, alla reazione di fronte a errori/rimproveri, al controllo emotivo, alla capacità di chiedere aiuto, all'esame della realtà, alla difficoltà di motivazione, al vissuto di precedenti esperienze lavorative e ad eventuali punti di forza/di caduta del soggetto.

La Regione Lombardia suggerisce in proposito di valutare anche l'opportunità di somministrazione di test di valutazione, quali: Mini Mental, MMPI (ridotto), 16FF (fattore Q2), Fattore B e Test di Comprensione della lettura; questi (o eventuali altri) andranno selezionati dagli specialisti, in relazione agli aspetti da indagare.

Una volta giunti alla definizione della «Diagnosi funzionale della persona disabile» vanno descritte quelle che vengono definite come «Capacità globale residua ex legge 104/92» e «Capacità lavorativa» (art. 5, allegato 2).

Capacità globale residua ex legge 104/92

La «capacità» complessiva di una persona è il fondamento della sua individualità. Essa è l'espressione positiva di ciò che il soggetto è effettivamente in grado di estrinsecare, è globale, complessiva, e quindi tale da non poter essere ricondotta solo alla sfera lavorativa della persona considerata. La capacità non può prescindere dal riferimento all'ambiente di vita della persona in esame, in quanto ciò che si è chiamati a valutare è il «globale» funzionamento del soggetto, non nel senso astratto di una «performance» teorica, ma piuttosto inteso come capacità di interagire ed adattarsi alle più diverse circostanze.

Capacità lavorativa

La capacità di lavoro è la potenzialità ad espletare una o più attività qualora sussistano caratteristiche ben delineate biologiche, attitudinali e, ancora, tecnico-professionali.

L'evoluzione tecnologica ha prodotto un inevitabile ridimensionamento di tutte le attività a prevalente estrinsecazione motoria, facilmente sostituibili da ausili meccanici, nonché una moltiplicazione di attività diversificate, «specializzate» nelle quali prevale sempre più la componente intellettuale.

Conseguentemente sempre di più nel tempo si è reso necessario, da un lato, l'approfondimento dello studio valutativo delle conseguenze delle lesioni, non solo motorie, ma anche viscerali, dall'altro, una sorta di «personalizzazione», definendo di volta in volta la riduzione della capacità lavorativa in base alle caratteristiche specifiche della persona esaminata».

La «Capacità lavorativa» che va individuata/ipotizzata in questo ambito e poi descritta non può che essere «semi-specifica», in quanto si basa sull'anamnesi sociale e fisiologica, patologica e funzionale/relazionale del soggetto e sull'esperienza dell'operatore sociale e del medico del lavoro e non sulla esistenza e conoscenza di una specifica realtà e postazione di lavoro immediata per il soggetto richiedente i benefici ex legge 68/99 (non è possibile, infatti, sapere a priori se e quanto e in quale specifica realtà aziendale egli potrà essere avviato con «collocamento mirato»). Vengono pertanto descritte nella relazione le «potenziali» (meglio che «residue») capacità lavorative del soggetto all'interno di un «ventaglio» di contesti lavorativi teoricamente confacenti la salute globale della persona, indicando forme di sostegno e strumenti tecnici e individuando, se possibile, tipologie di inserimento lavorativo, come illustrato di seguito.

In allegato 1 al decreto ritroviamo la seguente «Scheda per la definizione delle capacità»; le possibili definizioni previste sono: «assente, minima, media, elevata, potenziale»; in risposta alla forte criticità correlata al loro utilizzo, si propone successivamente quanto in uso presso le Asl della Provincia di Milano.

Capacità utili per lo svolgimento di attività lavorative

(circoscrivere la definizione più rispondente alle capacità della persona esaminata)

Attività mentali e relazionali:

- *capacità di acquisire cognizioni e di impiegarle adeguatamente rispetto alle situazioni che si presentano*
- *capacità di mantenere un comportamento positivo e collaborativo nelle diverse situazioni relazionali (sul lavoro, in famiglia ...)*
- *capacità di affrontare una situazione di disagio causata dal ritmo lavorativo, dall'ambiente, dall'attività svolta ecc.*
- *capacità di svolgere un lavoro di squadra*
- *capacità di svolgere un lavoro autonomamente*
- *capacità di svolgere un'attività, ma con supervisione*
- *capacità di presentarsi bene e di curare adeguatamente la propria persona*

Informazione:

- *capacità di comprendere e memorizzare informazioni*
- *capacità di trasmettere informazioni coerenti e comprensibili a terzi mediante parola e/o scrittura*
- *capacità di esprimersi con altre modalità*

Postura:

- *capacità di mantenere la posizione seduta*
- *capacità di rimanere in piedi*
- *capacità di piegare le ginocchia e rimanere sulle ginocchia in tale posizione*

- capacità di piegare completamente le ginocchia e di mantenersi in equilibrio sui talloni
- capacità di distendersi su una superficie piana orizzontale e di mantenere tale posizione
- capacità di passare da una posizione del corpo ad un'altra (es. da seduti a distesi e viceversa, da seduti a in piedi, da in piedi a distesi ecc.)
- capacità di piegare in avanti e/o in basso la schiena e il corpo

Locomozione:

- capacità di spostarsi su un piano orizzontale o inclinato servendosi delle proprie gambe
- capacità di spostarsi su un piano inclinato o su una superficie non piana (es. una scala)
- capacità di spostare qualcosa/qualcuno da un posto ad un altro per mezzo di un veicolo

Movimento delle estremità/funzione degli arti:

- capacità di muovere e usare gambe e braccia; capacità di afferrare/spostare oggetti pesanti con le mani
- capacità di servirsi delle mani per svariate operazioni che richiedano precisione
- capacità di muovere o tenere fermi i piedi coscientemente (ad esempio: la capacità di usare una pedaliera)

Attività complesse, attività fisica associata a resistenza:

- capacità di compiere lavori che richiedono sforzi fisici e capacità di sopportare lo sforzo per periodi più o meno lunghi
- capacità di mantenere la posizione in cui ci si trova, determinata dall'interazione ed efficienza di altre capacità (ad es. di ricevere informazioni esterne ed interne alla propria struttura corporea, di posizionarsi nello spazio in modo adeguato ecc.)

Fattori ambientali:

- capacità di sopportare condizioni atmosferiche tipiche di una data regione
- capacità di sopportare la presenza di suoni/rumori costanti nell'ambiente di vita/lavoro (eventuale inquinamento acustico)
- capacità di sopportare la presenza di vibrazioni
- capacità di sopportare la presenza di illuminazione naturale o artificiale adeguata

Situazioni lavorative (organizzazione del lavoro, ad es. in turni di lavoro):

- capacità di sopportare l'alternanza durante la giornata lavorativa (eventualmente anche di notte)
- capacità di sopportare il ritmo lavorativo ovvero di mantenere la velocità con cui l'attività lavorativa procede
- capacità di accedere autonomamente al posto di lavoro
- capacità di superare la distanza, di effettuare il tragitto con mezzi di trasporto dal posto di lavoro all'abitazione e di raggiungere il posto di lavoro

Al termine della tabella delle «Capacità utili per lo svolgimento di attività lavorative», nel detto allegato al decreto è prevista una «Sintesi», intesa come descrizione delle «capacità migliori» e la redazione di un elenco delle «Potenzialità relative a capacità»: quali, se sono migliorabili, mediante quali strumenti e in che tempi (mesi).

La «Scheda per la definizione delle capacità», come è stata proposta dal d.p.c.m. 13.01.2000, è molto indaginosa, rigida e conseguentemente parziale per alcuni aspetti; essa risulta, inoltre, per certi versi non rispondente alla cultura della medicina del lavoro. In diverse realtà della Lombardia, la partita delle invalidità civili e delle pratiche finalizzate al collocamento mirato è gestito dal Dipartimento Assistenza socio-sanitaria integrata e dal Dipartimento Cure primarie e della continuità assistenziale e, soltanto in seconda istanza, dal Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro del Dipartimento di Prevenzione medica; i medici del lavoro e il relativo servizio di loro afferenza vengono arruolati nell'attività di altro dipartimento con tempi e modi che non sempre corrispondono alla loro impostazione culturale e alla loro prassi operativa. Sarebbe stata più utile una più stretta collaborazione e a livello paritetico ai diversi livelli, nazionale e regionale, per un maggiore impatto positivo nell'ambito delle Asl.

Si ritiene, comunque, che la buona esperienza, la sensibilità e la professionalità dell'operatore sociale e del medico del lavoro permettano facilmente di ottenere le risposte ai quesiti posti nei riquadri dell'allegato al d.p.c.m. 13.01.2000: 1 - *Attività mentali e relazionali* e 2 - *Informazione*, anche senza ricorrere al calcolo dei punteggi di riferimento che presupporrebbero o la presenza di personale specializzato (psicologi/psichiatri) e in numero sufficiente presso le Asl in occasione delle valutazioni della «Capacità lavorativa» delle persone con disabilità, oppure la somministrazione di test complessi e applicabili a cura di personale specializzato (psicologi/psichiatri) stabilmente presente presso la sede della Commissione politiche del lavoro, percorso la cui opportunità è da valutare soltanto per specifici e ridotti casi.

I quesiti molto dettagliati posti nei riquadri: 3 - *Postura*, 4 - *Locomozione*, 5 - *Movimento delle estremità/ Funzione degli arti*, 6 - *Attività complesse/Attività fisica associata a resistenza*, 7 - *Fattori ambientali* e 8 - *Situazioni lavorative (organizzazione del lavoro, ad es. in turni di lavoro)* sono molto spesso indaginosi e di difficoltosa applicazione pratica alle diverse situazioni e non adattabili in toto ai diversi settori produttivi e di servizi nei quali potere avviare i soggetti con disabilità; sarebbe, pertanto, opportuno mantenere il titolo dei riquadri e al posto dei quesiti lasciare spazio alla professionalità del medico del lavoro e al confronto di questa figura con l'operatore sociale e inserire delle righe in cui medico del lavoro possa descrivere le capacità lavorative del soggetto interessato in forma discorsiva.

I soggetti ai quali è rivolta la legge 68/99 e i motivi del relativo accertamento

<i>Requisiti dei soggetti per i quali è utile l'accertamento ex legge 68/99</i>	
Età	Personae dai 15 anni fino all'età pensionabile, fatti salvi i requisiti di disabilità (art. 1 d.p.r. 333/2000)
% invalidità civile pregressa	> 45 % < 46 % solo in caso di contestuale presentazione di domanda di aggravamento
Soggetti in situazioni particolari	<ul style="list-style-type: none"> - che già lavorano e chiedono il riconoscimento della invalidità civile affinché l'impresa possa computarli nella quota d'obbligo, purchè in possesso di invalidità civile superiore al 59% - che già lavorano a tempo pieno, ma che prevedono una possibile perdita del lavoro in tempi brevi (es. mobilità aziendale, licenziamento, ecc.) - che lavorano a tempo parziale per un monte ore inferiore o uguale al 50% del tempo pieno previsto dal loro contratto di lavoro - per i quali è richiesto accertamento ex art. 8 legge 68/99 (da parte del lavoratore o del datore di lavoro) finalizzato a integrazione domanda-offerta
Sordi (non udenti/privi di favella)	-
Ciechi	-
Volontà di beneficiare di collocamento mirato al lavoro ex legge 68/99	<ul style="list-style-type: none"> - disoccupati che vogliono lavorare - soggetti che chiedono aggravamento di invalidità civile e/o dello stato di handicap e non hanno precedenti «Relazioni Conclusive»
Reddito personale annuo lordo	<ul style="list-style-type: none"> < 4.382,43 € * × richiedenti assegno mensile (invalidità = o > 74%) < 14.886,28 € * × richiedenti pensione di invalidità (valutabile al 100%)

* Cifre 2009 che cambiano ogni anno

Oltre a questi soggetti, la normativa nazionale (d.lgs. 10.09.2003, n. 276, «Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14.02.2003, n. 30» - art. 14) e anche il «Piano Emergo» della Provincia di Milano prendono in considerazione la categoria delle «persone svantaggiate - disabili deboli» (vedasi legge 328/2000, «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»), e fra questi vengono individuati: «Invalidi fisici, psichici e sensoriali, ex degenti di istituti psichiatrici, soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti, alcolisti, minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione previste». Essi possono essere presi in considerazione in relazione ai benefici della legge 68/99 e possono, quindi, inseriti nelle Cooperative sociali di tipo B, soltanto qualora riconosciuti invalidi civili dalle citate Commissioni presso le Asl.

*Cooperative sociali*¹³

Perseguono l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini; sono di 2 tipi:

- A - gestiscono servizi socio-sanitari/educativi (anche scuola e formazione e forme di inserimento/avviamento lavorativo)
- B - conducono soggetti di fasce svantaggiate, compresi disabili, in svolgimento di attività diverse finalizzate a inserimento lavorativo.

Nell'ambito del «Comitato tecnico provinciale disabili» della Provincia di Milano si è stabilito, inoltre, di considerare nelle categorie dei «Disabili deboli» anche le persone in età lavorativa:

- 1) con menomazioni psichiche e portatori di handicap intellettuale e qualunque percentuale di riduzione delle capacità lavorative;

¹³ La situazione attuale delle cooperative sociali presenta alcune criticità: nella città di Milano ne esistono un numero sparuto e insufficiente e in Provincia, per quanto storicamente più attrezzata, le cooperative sociali esistenti sono vicine a livello di saturazione. Un problema rilevante si pone nell'ipotesi in cui si voglia fruire delle strutture esistenti, e cioè bisogna considerare l'incongruenza del trasferimento di soggetti di per sé «svantaggiati» e «deboli» presso strutture (cooperative) distanti dal loro contesto di residenza (familiare e sociale), es. da Milano città alla Provincia.

Bisogna riflettere, poi, sulla possibilità che la presa in carico di disabili da parte di cooperative sociali di tipo B, con le aziende che garantiscono a queste le commesse di lavoro, potrebbe limitare l'integrazione lavorativa dei soggetti «deboli» e si potrebbe tornare a una logica secondo la quale le cooperative fungerebbero da «collettore senza uscita» del disagio sociale e non costituirebbero lo strumento che dovrebbe favorire l'integrazione lavorativa dei disabili attraverso il passaggio in un luogo (la cooperativa sociale) che prepari il lavoratore socialmente svantaggiato al mondo del lavoro. Esse dovrebbero essere, più che un «laboratorio protetto», una parte economica attiva della nostra società ed un momento attivo dell'economia. Il percorso per una reale integrazione dovrebbe prevedere un intervento globale e con ruoli ben definiti e trasparente di tutte le parti sociali in gioco.

2) con menomazioni fisiche e sensoriali che comportino riduzione delle capacità lavorative pari o superiore a 74%, compresi i non vedenti, colpiti da cecità assoluta o con un residuo visivo non superiore a 1/20 a entrambi gli occhi pure con eventuale correzione.

Inoltre per questi soggetti va tenuto conto dei seguenti «criteri aggiuntivi»:

- a) età superiore a 50 anni, necessità di inserimento con supporto di un Servizio di mediazione come da dichiarazione delle Commissioni invalidi nelle «Relazioni conclusive» ex legge 68/99 (a causa di difficoltà specie di tipo relazionale);
- b) soggetti con alle spalle almeno due tentativi di inserimento falliti o da sempre senza lavoro;
- c) con bassa scolarità e riconoscimento legge 104/92.

Dobbiamo, nella nostra realtà del cosiddetto «Nord del mondo», considerare anche il numero sempre crescente di migranti provenienti da Paesi con culture di vita e di lavoro molto diverse dalla nostra, spesso con livelli di istruzione bassi e sistemi immunitari meno resistenti a patologie del nostro mondo. Anch'essi vanno considerati deboli/svantaggiati, relativamente a loro condizioni di vita e di lavoro. Se essi sono diventati disabili per infortunio sul lavoro e/o malattia professionale o invalidità civile, necessitano anche da parte del medico del lavoro – ancor più che in situazioni «normali» – di un supporto finalizzato a loro recupero al lavoro e a integrazione/reintegrazione sociale.

In merito ai cittadini immigrati extra-comunitari, i benefici, anche ex legge 68/99, sono concessi soltanto se essi sono in possesso di una carta di soggiorno valida e a tempo indeterminato rilasciata dalla competente questura.

I motivi dell'accertamento ex legge 68/99 possono essere i seguenti:

- Ordinario
- Urgente
- Primo accertamento (art. 2 d.p.c.m. 13.1.2000)
- Visita di controllo (art. 8, c. 1, d.p.c.m. 13.1.2000)
- Visita di controllo per la verifica della rispondenza al percorso inserimento lavorativo (art. 8, c. 3, d.p.c.m. 13.1.2000)
- Visita richiesta da lavoratore (art. 8, c. 4, d.p.c.m. 13.1.2000) in data...
- Visita richiesta da datore di lavoro (art. 8, c. 4, d.p.c.m. 13.1.2000) in data...

Primo accertamento (art. 2 d.p.c.m. 13.01.2000)

Quando gli adempimenti valutativi da parte della Commissione medica integrata ex art. 4 legge 104/92 e art. 1 legge 295/90 sono finalizzati alla iscrizione del richiedente nell'elenco del «Servizio occupazione disabili» della Provincia.

Valutazione = «semi-specifica», mirata a «potenziali capacità lavorative» e ad «ampio spettro», per individuare una gamma di inserimenti lavorativi compatibili con la disabilità del soggetto.

Visita di controllo (art. 8, c. 1, d.p.c.m. 13.01.2000)

Quando il «Comitato tecnico provinciale disabili» richiede alla Commissione invalidi civili di prima istanza della Asl una visita medica per verificare la sussistenza delle condizioni precedentemente accertate (permanenza dello stato invalidante, misura delle capacità già accertate e validità dei servizi di sostegno/collocamento mirato), in relazione a un imminente collocamento lavorativo, come descritto in «Relazione conclusiva» del primo accertamento relativa al caso specifico.

Visita di controllo per verifica rispondenza percorso di inserimento lavorativo (art. 8, c. 3, d.p.c.m. 13.01.2000)

Quando la Commissione invalidi civili di prima istanza della Asl, su richiesta del «Comitato tecnico provinciale disabili», deve verificare l'efficacia di un percorso formativo/riabilitativo del soggetto con disabilità, in via preliminare al collocamento lavorativo mirato e per favorire il suo recupero o l'acquisizione di abilità lavorative da parte del soggetto con disabilità. Ciò, in relazione a modalità del percorso di inserimento lavorativo, avviene sulla base di:

- precedente valutazione,
- elementi del «Profilo socio-lavorativo» (posizione della persona con disabilità nel suo ambiente, nella sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro individuata attraverso: notizie utili a tale scopo, dati attinenti alla «Diagnosi funzionale» e al profilo dinamico-funzionale anche per persone con disabilità nel periodo scolastico),
- risultanze della «Diagnosi funzionale».

Visita su richiesta lavoratore disabile/datore lavoro (art. 8, c. 4, d.p.c.m. 13.01.2000 e art. 10, c. 3, legge 68/99)

Per la rivalutazione delle modalità e delle tipologie di inserimento lavorativo in relazione a insorgenza di difficoltà che pongano in pregiudizio la prosecuzione dell'integrazione lavorativa a causa di:

- a) mutate condizioni di salute/capacità lavorative del soggetto con disabilità;
 - b) mutamenti nell'attività lavorativa svolta/da svolgere a cura del lavoratore con disabilità.
- Il «Comitato tecnico provinciale disabili» richiede la visita di controllo alla Commissione invalidi civili della Asl di competenza (residenza del soggetto), da effettuare rapidamente e per verificare la compatibilità tra il soggetto con disabilità inserito a lavoro e i relativi compiti svolti in azienda ospitante.

Alcuni soggetti già occupati in attività produttive e/o di servizi e che svolgono proficue attività lavorative possono chiedere egualmente alla Asl di competenza (per loro residenza) l'accertamento per le seguenti motivazioni:

- a) *essere riconosciuti disabile per essere «computati» nel numero di invalidi civili della propria azienda* – in costanza di rapporto di lavoro, la ditta può computare il soggetto invalido soltanto se questi ha il riconoscimento di invalidità civile pari o superiore al 60%; le aziende con un numero di dipendenti compreso tra 15 e 35 possono ottenere il computo se l'invalidità del disabile è superiore al 50% – d.p.r. 333/2000, art. 3, c. 5; il dipendente disabile può richiedere all'ufficio competente dell'Asl di riferimento il Verbale di invalidità civile privo di dati sensibili ex d.lgs. 196/2003 (anamnesi e diagnosi di invalidità), previa firma di un modulo di consenso informato, e consegnarlo all'azienda presso la quale lavora per gli adempimenti successivi;
- b) *assunti con collocamento ordinario senza riconoscimento di invalidità o con riconoscimento non dichiarato possono chiedere riconoscimento di invalidità civile, se si prevede che il posto di lavoro sia a rischio (mobilità, riduzione personale, licenziamento)* – il disabile non può iscriversi a Collocamento obbligatorio in costanza di rapporto di lavoro se assunto a tempo indeterminato, a meno che suo reddito lordo annuo da attività lavorativa sia inferiore a € 7500 se lavoratore dipendente, € 4500 se lavoratore autonomo;
- c) *assunti con collocamento ordinario senza riconoscimento di invalidità o con riconoscimento non dichiarato possono chiedere di essere riconosciuti disabili se svolgono attività lavorative a tempo determinato (non più di 4 mesi nell'anno solare)* – il disabile può iscriversi al Collocamento obbligatorio, pur in costanza di rapporto di lavoro, soltanto se il reddito lordo da attività lavorativa dell'anno in corso non sia superiore a € 7500 se lavoratore dipendente, € 4500 se lavoratore autonomo).

■ **La tipologia di menomazione da cui è affetto il soggetto con disabilità, indicata nella «Relazione conclusiva»**

Nell'ambito del «Comitato tecnico provinciale disabili» della Provincia di Milano si è predisposta una modulistica per la «Relazione conclusiva» da inviare al «Servizio occupazione disabili» la quale prende in considerazione tre tipologie di menomazioni: fisica, sensoriale e psichica (con deficit intellettivo e/o mentale).

<i>Deficit intellettivo/cognitivo</i>	<i>Deficit mentale</i>
Fa riferimento ad area intelligenza, es. insufficienza mentale dei soggetti con Sindrome di Down: in questo caso la problematica sanitaria più rilevante nell'ambito del danno «somatico» è quella di tipo intellettivo/cognitivo.	Relativo ai disturbi della psiche nel loro complesso, patologie psichiatriche e disturbi psichici/psichiatrici che riguardano area del pensiero, dell'umore, della personalità e del comportamento individuale, es. schizofrenia.

Nella legge 68/99 l'accertamento della «disabilità» è inteso come individuazione della «Capacità globale» ed è finalizzato al collocamento lavorativo della persona; analogamente concetto di «invalidità psichica» va visto in relazione alle «residue capacità» di inserimento lavorativo del disabile. Il confine tra «psiche» e «intelletto» e i conseguenti loro deficit non è netto, potendosi avere delle situazioni fra loro fortemente interrelate¹⁴.

<i>Invalidità psichica</i>	<i>Invalidità intellettiva</i>
Macroarea che comprende il complesso di processi e funzioni della mente, sensoriali, affettive, volitive, ecc., che non fanno parte della dimensione corporea e materiale dell'uomo e mediante la quale l'individuo fa esperienza di sé e della realtà. Sviluppo psichico inadeguato o cervello con alterazioni organiche possono determinare anomalie funzionali dell'intelletto e conseguente disabilità intellettiva, non sempre conseguente a deficit psichico.	Riferita a capacità di intendere, di apprendere, memorizzare, ragionare, prevedere, giudicare. In questa ottica un deficit originariamente psichico può determinare anche anomalo funzionamento dell'intelletto con conseguente disabilità intellettiva.

Nella «Relazione conclusiva» può essere rilevata in alcuni casi sia una patologia di tipo psichico sia una patologia mista (con componente anche fisica e/o sensoriale oltre quella psichica); in questa evenienza la patologia psichica può essere:

- a) primaria e/o prevalente (oppure anche di tipo reattivo) e incidere in maniera rilevante sull'inserimento lavorativo e, quindi, l'avviamento sarà nominale¹⁵;
- b) reattiva/secondaria e non incidere significativamente sull'inserimento lavorativo del disabile e l'avviamento sarà numerico.

Nella «Relazione conclusiva» va registrata soltanto la patologia psichica «primaria e/o prevalente» [caso a)] e va espressa e resa leggibile soltanto una «descrizione funzionale».

Alla conclusione della pratica di invalidità civile e quella ex legge 68/99 vanno spedite al soggetto direttamente interessato; al «Servizio occupazione disabili» della Provincia va inviata sia copia del verbale della Commissione di prima istanza senza dati anamnestici e senza diagnosi («criptata») – appositamente rilasciata dagli Uffici invalidi civili delle Asl ai fini con-

¹⁴ Inps Messaggio 30.10.08, n. 23991 - Ulteriori istruzioni operative su handicap e disabilità (d.m. 2.08.08 in situazioni di handicap, chiarimenti su disabilità psichica ex art. 13 legge 68/99).

¹⁵ *Assunzione nominale* – L'azienda può chiamare a colloquio e/o assumere direttamente il soggetto con disabilità inserito nelle liste, indipendentemente dalla sua posizione, tenendo conto delle proprie esigenze e delle caratteristiche personali e professionali dell'interessato.

sentiti dalla legge, in quanto i dati sensibili contenuti in queste sezioni sono tutelati dalla privacy (ex d.lgs. 196/03 e s.m.i.) –, sia la modulistica *ex legge 68/99 e d.p.c.m. 13.01.2000* con la sola indicazione della tipologia di menomazione da cui è affetto il soggetto disabile: fisica, psichica e/o sensoriale, nelle apposite caselle da barrare.

■ **L'allegato alla «Relazione conclusiva» e note critiche**

Si illustrano di seguito l'allegato alla «Relazione conclusiva» ex art. 6 d.p.c.m. 13.01.2000 e l'elenco dei suggerimenti al soggetto con disabilità in merito alle possibili forme di collocamento, adottati dalle Asl della provincia di Milano. In merito ai dati tratti da queste pratiche, sarebbe interessante e utile pensare alla possibilità di una loro registrazione preferibilmente informatizzata, anche a fini statistici.

Nell'allegato andranno evidenziati e descritti in modo analitico i seguenti aspetti:

- ▶ *Autonomie funzionali* (motricità del soggetto ed eventuali limitazioni funzionali con ripercussioni su attività lavorativa) – utilizzo delle mani in prensione e loro motilità, deambulazione, movimentazione manuale carichi (sollevamento, spinta e traino), equilibrio in piedi, vista e udito; capacità di accesso autonomo al posto di lavoro (con la propria autovettura, con mezzi pubblici, sempre accompagnata/o);
es.: autosufficiente nella deambulazione purché non prolungata; da adibire ad attività che prevedano l'alternanza posturale; non deficit motricità arti superiori; movimentazione manuale dei carichi concessa; flessione-estensione rachide lombare non ripetitiva.
- ▶ *Fattori ambientali* (microclima, suoni e rumori, vibrazioni, illuminazione naturale e/o artificiale, altro) in relazione ai quali il soggetto disabile può lavorare in modo confortevole;
es.: intolleranza al freddo, campi elettromagnetici per portatori di pace-maker, non utilizzo di strumenti vibranti per soggetti con alcune patologie osteo-muscolo-articolari, non esposizione a polveri per atopici, non esposizione ad epatotossici, ecc.
- ▶ *Capacità comunicative, relazionali e cognitive* – aspetto esteriore della persona; eloquio; immagine di sé; comprensione, apprendimento e attenzione; emotività; comportamento interpersonale; decisionalità e autodeterminazione/perseveranza; flessibilità e adattabilità; tolleranza alla frustrazione; coscienziosità; abilità cognitiva; livello di elaborazione;
es.: capacità relazionali, comunicative e cognitive soddisfacenti: eloquio fluido, appropriato e nessi associativi conservati; comportamenti adeguati a contesti.
- ▶ *Abilità professionali* – scolarità e competenze linguistiche; precedenti esperienze lavorative e cause di eventuali fallimenti; attitudini e abilità sociali; manualità del soggetto (che cosa il soggetto è in grado di fare); capacità di un'attività di squadra;

es.: buona manualità anche in quanto non presenta deficit agli arti superiori, competenze informatiche acquisite da autodidatta; è più portato a lavorare da solo, magari con supervisione.

• **Aspirazioni lavorative e motivazione al lavoro**

es.: l'aspirare ad un'attività con utilizzo del computer consentirebbe di individuare un ambito occupazionale maggiormente gradito anche in considerazione della necessità di postura alternata; il soggetto è fortemente motivato a trovare un lavoro e pertanto è disposto a svolgere qualsiasi genere di attività lavorativa.

• **Suggerimenti relativi all'impiego lavorativo** (attitudine a quale tipologia generale di lavoro; orari, turni e ritmi di lavoro che il soggetto può affrontare; tipologia di attività consigliata, mansioni/compiti da escludere e/o sconsigliati, limitazioni del soggetto);

es.: la persona è in grado di svolgere attività lavorativa con turnazione sino ad 8 ore/die, oppure preferisce il tempo parziale; è idonea alla tipologia di lavoro indicata, oppure: è idonea a lavoro protetto, a lavori esecutivi/ripetitivi in assenza di capacità decisionale o di autonomia in situazioni critiche, a lavori di tipo impiegatizio/amministrativo, o ancora: non è idoneo al lavoro.

Forme di collocamento suggerite:

- mirato senza interventi di supporto
- con il supporto di un servizio di mediazione
- con il supporto di un servizio di mediazione e l'utilizzo di strumenti tecnici (.....)
- con rimozione di barriere architettoniche e/o ausili tecnici sul posto di lavoro (.....)
- con lavoro a domicilio o telelavoro
- con tirocinio formativo o riqualificazione professionale
- altro

.....

- mantenimento al lavoro
- non collocabile

• **Servizi di sostegno e di collocamento mirato**

In genere sono organi preposti a programmazione e gestione di iniziative finalizzate a integrazione di persone svantaggiate, attraverso collaborazione con uffici periferici del Ministero del Lavoro, con datori di lavoro, sindacati, cooperative, scuole, Pubblica amministrazione.

Per porsi come area di «mediazione» utilizzano seguenti modalità di intervento:

- a) rilevano bisogni e progettano interventi;
- b) promuovono collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali, di mercato e di solidarietà sociale;
- c) programmano progetti di integrazione lavorativa con gestione diretta o affidata a servizi convenzionati;
- d) valutano, monitorano e verificano esperienze;
- e) promuovono iniziative di informazione/sensibilizzazione.

Questi attuano, inoltre, progetti relativi a:

- a) orientamento per valutare, in situazione lavorativa, potenzialità e attitudini della persona sul piano della autonomia, della socializzazione e dell'apprendimento di regole base per un eventuale inserimento lavorativo;
- b) formazione in situazione finalizzata a maturazione complessiva della personalità e ad acquisizione competenze e abilità specifiche spendibili in mercato lavoro;
- c) mediazione al collocamento per favorire raggiungimento e mantenimento di un rapporto di lavoro.

Progetti possono prevedere pure eventuale sostegno alla persona anche dopo l'instaurarsi del rapporto lavorativo.

► *Collocamento mirato*

Concetto che ha superato quello di collocamento obbligatorio previsto dalla legge 482/68; esso presuppone corretta e adeguata risposta al «sistema domanda-offerta di lavoro»; l'inserimento del singolo soggetto avviene prendendo in considerazione le sue caratteristiche e loro compatibilità con requisiti richiesti dal tipo di lavoro a cui egli sarà assegnato («avviamento nominale»).

► *Interventi di supporto*

a) Servizi di mediazione

Servizi pubblici e privati che forniscono a imprese e a lavoratori disabili interventi finalizzati a corretta collocazione di ciascuno e a soddisfazione di entrambe le parti, nel «sistema domanda-offerta di lavoro». Svolgono anche accompagnamento a lavoro, tutoraggio.

b) Strumenti/ausili tecnici sul posto di lavoro

Apparecchi/attrezzature pure elettronici, o anche altri, che aiutano a compensare difficoltà delle persone con handicap fisico o sensoriale.

c) Rimozione di barriere architettoniche

= elementi «materiali» (presenti, assenti, carenti/inadeguati, che per forma, dimensione, materiale, colore, odore, posizione, localizzazione) sono ostacolo, impedimento, affaticamento, disagio o fonte di rischio per salute o sicurezza; possono essere anche immateriali (es. culturale, organizzativo, ecc.).

• *Tirocini formativi*

Esperienze finalizzate a potenziamento capacità lavorative di un soggetto (non necessariamente disabile) e non necessariamente finalizzate ad assunzione delle persone in specifica azienda.

• *Borse lavoro*

Specifiche esperienze lavorative «in situazione», rivolte a mansione ben definita in ben preciso luogo di lavoro; al termine di queste è previsto rimborso economico.

• *Formazione / Riqualificazione professionale*

Frequenza di corsi specifici con ore d'aula e ore pratiche per fare acquisire a discenti competenze teoriche, specifica qualifica, attraverso percorsi di formazione, aggiornamento o specializzazione professionale.

• *Percorsi formativo/assistenziali, terapeutici, ecc.*

Percorsi senza immediata finalità di inserimento lavorativo, bensì di riabilitazione globale – psico-fisica e sociale – e di potenziamento delle autonomie fisiche, sensoriali e psichiche.

Nella pratica di tale attività si riscontrano diverse criticità, tra le quali si elencano quelle di maggiore rilievo.

Tempi di attesa:

- tra domanda e seduta Commissione invalidi
- tra seduta Commissione Invalidi e ratifica Inps
- gestione procedure legge 68/99
- ricezione pratica da parte del soggetto per iscriversi alle liste del «Servizio occupazione disabili»
- in caso di ricorso ex art. 10 legge 68/99

* *Il ricorso avverso Inps, inoltre, oggi è giudiziario*

Le aziende e i soggetti con disabilità hanno, per ragioni diverse, tempi e modi diversi dalla «burocrazia» della Pubblica amministrazione.

«Il mercato del lavoro non assorbe queste forze produttive; evoluzione del mondo del lavoro (non solo quella tecnologica) penalizza fasce più deboli fra persone disabili (con minori autonomie e potenzialità lavorative), soprattutto soggetti con deficit mentali, ma anche lavoratori con handicap sensoriali o persone che, pur con patologie meno invalidanti, non sono scolarizzate né preparate professionalmente. I disabili sono meno flessibili rispetto alla media degli altri lavoratori, spesso per problemi di trasporto (es. portatori di handicap motori), orari che devono tenere conto di impegni terapeutici di vitale importanza (es. dializzati), affaticamento fisico (es. cardiopatici) e/o psichico (es. persone con patologie psichiatriche). Tutto ciò contrasta con organizzazione del lavoro che richiede sempre maggiore flessibilità di ruolo e di orario».

Antonella Sardi - Asl Milano 2

Nella «Relazione conclusiva» vanno, quindi, raccolti i dati oggettivi e soggettivi riguardanti il singolo soggetto; tutta la procedura non può essere seguita come un'attività di servizio «residuale» (si ricorda che questa rientra comunque negli obiettivi annuali dei direttori generali delle Asl); anche se gli operatori ai diversi livelli «hanno poco tempo» e tante attività da portare a termine, bisogna – particolarmente in questa attività – fare prevalere l'umanità, l'etica e la professionalità nel rispetto del «bisogno» della persona umana che si ha di fronte. Già in fase di «pre-istruttoria» i medici del lavoro e gli operatori sociali delle Asl devono redigere «Relazioni conclusive» circostanziate e discorsive, approfondite ed esaustive, che siano un concreto riscontro al «sistema domanda-offerta» e veramente utili e necessarie allo scopo, cioè l'inserimento lavorativo mirato della persona con disabilità.

In queste relazioni devono essere descritti la situazione fisico-funzionale e il «Profilo socio-lavorativo» del soggetto, deve essere indicata una rosa di possibili compiti/mansioni che la persona con disabilità può svolgere e vanno individuati i possibili settori lavorativi in cui egli può essere inserito.

Questa attività professionale non può essere scaricata sulle figure che prenderanno in carico successivamente il lavoratore con disabilità.

Non da ultimo, bisogna tenere conto del fatto che la documentazione redatta e con specifiche finalità andrà a figure con formazione e interessi, compiti e attribuzioni differenti tra loro:

- ▶ soggetti interessati (con disabilità);
- ▶ operatori non medici di formazione variegata (Provincia, Afol, operatori Match, orientatori, educatori, psicologi, pedagogisti, operatori della mediazione domanda-offerta, ecc.);
- ▶ aziende.

Il linguaggio delle relazioni, pertanto, deve essere fruibile da tutti e anche la grafia deve essere comprensibile (possibilmente queste vanno scritte al computer, cosa che non sempre avviene!).

■ Alcune note organizzative e procedurali

Per il primo approccio informativo con gli utenti, ci si può avvalere degli operatori amministrativi degli sportelli front office delle Sedi distrettuali (previa formazione di coloro che non svolgono questi compiti) e le segreterie degli Uffici invalidi (una in ciascuno degli ambiti territoriali dell'Asl) potrebbero garantire la loro collaborazione per informazioni più dettagliate.

Alle sedute della Commissione di Prima istanza prendono parte, oltre al presidente (medico legale) e alla segreteria, un medico dell'Inps, medici specialisti interni ed esterni alla Asl ed operatori sociali della Asl; in merito alla partecipazione dei medici del lavoro (percorso preferibile in termini di professionalità rispetto al coinvolgimento diretto dei medici igie-

nisti del Dipartimento di Prevenzione medica, di eventuali medici competenti ex d.l. 402/00 e di medici legali), si può prevedere la loro presenza soltanto in occasione delle pre-istruttorie e delle Commissioni di Prima istanza nelle quali: si valutano i soggetti in età lavorativa – collocabili nel mondo del lavoro e interessati ai benefici ex legge 68/99 – e/o si ratificano i pareri redatti in «pre-istruttoria» dagli stessi medici del lavoro e operatori sociali che hanno gestito quella fase.

Quando il cittadino si presenta per una domanda di invalidità, l'operatore amministrativo di sportello distrettuale opportunamente formato può fornire – in maniera sintetica – le informazioni necessarie a orientare il soggetto per la scelta più confacente alla sua richiesta/esigenza. L'utente va informato circa la possibilità di richiedere contestualmente il riconoscimento dello «stato di handicap» (legge 104/92), per potere usufruire di tutti i benefici connessi con la disabilità, l'opportunità di aprire una pratica con l'Inail (per patologie di sospetta natura professionale) e/o di presentare la domanda alla «Commissione di Prima istanza per l'invalidità civile» che comprenderà la valutazione ai sensi della legge 68/99.

L'accertamento ex legge 68/99 non può essere negato a nessuno dei soggetti ai quali è rivolta la legge 68/99 e che lo richiedono per i motivi illustrati nel precedente paragrafo e sono esclusi automaticamente soltanto i soggetti con percentuale di invalidità inferiore al 46% e i soggetti non in età lavorativa.

Il cittadino che richiede l'accertamento ex legge 68/99 prende visione *dell'Informativa ai sensi dell'art.13 del d.lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali*, firma la *Dichiarazione di avvenuta informazione e consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'art. 23 del d.lgs.196/2003 (allegato 1)*.

L'utente che, pur convocato, non ritiene utile sottoporsi al detto accertamento può rinunciare e, in caso di sua nuova determinazione e/o di variazioni del suo stato di salute, potrà fare domanda per la legge 68/99 in momento successivo.

Le domande di tutti gli altri soggetti, in tempi ragionevoli (magari ogni 15 giorni), potrebbero venire esaminate da un medico responsabile dell'Ufficio invalidi civili della Asl per effettuare un primo filtro di valutazione documentale inerente ai soggetti da invitare alla seduta di «pre-istruttoria», soltanto se in possesso dei requisiti sanitari ed economici precedentemente indicati, per coloro i quali, cioè, si ipotizza sia la possibilità di individuazione di un'attività lavorativa compatibile con il loro stato di salute, sia la necessità di ottenere la certificazione ai fini dell'iscrizione al Collocamento mirato.

Ai restanti utenti viene inviata una lettera informativa nella quale di forniscono indicazioni utili e i recapiti degli Operatori sociali disponibili per eventuali ulteriori chiarimenti e nella quale si prospetta la loro possibilità di rinuncia alla certificazione in quanto essa non è ritenuta necessaria/utile per i singoli casi specifici. In ogni caso, la decisione formale spetta, comunque, all'utente, il quale può firmare il *Modulo di rinuncia (allegato 2)* – nel quale di-

chiara anche di avere ricevuto ogni informazione – unito alla lettera e inviarlo/consegnarlo direttamente all'Ufficio Invalidi di competenza della Asl oppure può chiedere di essere convocato egualmente ai fini di ottenere la certificazione ex legge 68/99.

In base all'esperienza acquisita, in genere, i soggetti affetti da grave handicap rinunciano ai benefici della legge 68/99.

Le pratiche di invalidità dei soggetti che non si presentano e/o sono assenti ingiustificati, a seguito di due inviti per la «pre-istruttoria» o entro due mesi dalla richiesta di accertamenti specialistici o due inviti per la seduta della Commissione Invalidi, vengono archiviate dalla Segreteria dell'Ufficio Invalidi.

Nel caso in cui il momento della «pre-istruttoria» è disgiunto da quello della valutazione da parte della «Commissione di prima istanza per l'invalidità civile», è opportuno che l'operatore sociale e il medico del lavoro, subito al termine di ogni seduta di «pre-istruttoria», redigano insieme le «Relazioni conclusive» di ogni singolo soggetto disabile per non perdere eventuali dati immediatamente prima acquisiti.

La «Commissione di Prima istanza», in presenza del presidente e degli altri membri compresi l'operatore sociale e il medico del lavoro che hanno effettuato la «pre-istruttoria», prender visione della documentazione raccolta in occasione di questa e degli eventuali altri accertamenti effettuati dal soggetto, valuta nella sua globalità le capacità lavorative residue dei disabili alla presenza dello Specialista, procede alla sintesi di tutti i dati e, se concorda con la diagnosi clinico-funzionale formulata in sede di «pre-istruttoria», la ratifica e, qualora la «pre-istruttoria» sia stata fatta prima, assegna la percentuale di invalidità determinata dai danni funzionali e organici a carico dei diversi organi e apparati interessati e stabilisce anche la eventuale rivedibilità del soggetto e i relativi tempi e modalità.

Mi è sembrato opportuno, a tal punto e in conclusione, porgere una provocazione che reputo doverosa e rispettosa del diritto al lavoro dei soggetti con disabilità; nel caso in cui nella «Relazione conclusiva» della «pre-istruttoria» ex d.p.c.m. 13.01.2000 venga suggerita e approvata la «forma di collocamento con il supporto di un Servizio di Mediazione», potrebbe essere utile l'invio contestuale della detta relazione sia al «Servizio occupazione disabili» sia all'Inps per la ratifica; ciò avrebbe l'intento di avvantaggiare il disabile da inserire al lavoro, in quanto non è semplice né rapida la procedura di reperimento di un Servizio di mediazione disponibile da parte del «Servizio occupazione disabili», e assolutamente non quello di scavalcare le competenze dell'Inps.

Scheda informativa sulla pre-istruttoria ex d.p.c.m. 13.01.2000

Ai sensi dell'art.13 del d.lgs.196/2003, inerente alla protezione dei dati personali (privacy), *si informa*

- a) che i dati che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta l'Azienda sanitaria locale;
- b) che tali dati verranno trattati ai soli fini necessari per la gestione degli inserimenti lavorativi mirati da parte del Servizio per l'occupazione dei disabili - Commissione provinciale di, ai sensi della legge 68/99 e del d.p.c.m. 13.01.2000, e che verranno trasmessi agli uffici competenti presso il proprio Comune di residenza, all'Inps e ad ogni altro Ente preposto;
- c) che il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza;
- d) che il trattamento comporta l'istituzione di una scheda personale, contenente i dati anagrafici e sanitari;
- e) che è esclusa ogni ipotesi di diffusione dei dati che non sia imposta da norme di legge o da Lei espressamente autorizzata;
- f) che il titolare del trattamento è l'Azienda sanitaria locale, rappresentata dal direttore generale,, domiciliato per la carica presso l'Azienda medesima, in via che i responsabili del trattamento sono, ciascuno per le rispettive competenze:
 - il direttore sanitario,
 - il direttore amministrativo,
 - il medico del lavoro e/o di discipline equipollenti o affini, dr.ssa/dr.
domiciliati presso l'azienda medesima in
via
- g) che i suoi diritti in relazione ai dati personali sono quelli ex art. 7 del d.lgs. 196/2003 inerente la protezione dei dati personali (privacy), in particolare:
 - di conoscere i suoi dati personali registrati;
 - di ottenere la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati forniti, sempre per le finalità consentite per legge;
 - di opporsi al trattamento di dati illegittimi.

firma leggibile per presa visione (*)

Espressione del consenso al rilascio di notizie cliniche e al trattamento dei dati sensibili ai fini dell'art. 23 del d.lgs.196/2003 inerente la protezione dei dati personali (privacy)

La/Il sottoscritta/o

.....
dichiara

- di avere preso visione dell'Informativa sulla pre-istruttoria ex d.p.c.m. 13-01.2000 e artt. 13 e 23 del d.lgs.196/2003 inerente la protezione dei dati personali (privacy); consente che il presidente della Commissione di I Istanza della Asl / Distretto :
- dia comunicazione dei dati sul proprio stato di invalidità descritti nella Relazione conclusiva (ex art. 6 del d.p.c.m. 13.01.2000) della pre-istruttoria al responsabile pro-tempore del Servizio per l'occupazione dei disabili presso la Commissione provinciale di, domiciliato per la carica presso la sede della Provincia di in via Cap (città), ai fini dell'assolvimento degli obblighi previsti dalla legge 68/99 «Norme per il diritto al lavoro dei disabili» e di quanto definito dal correlato d.p.c.m. 13.01.2000 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili a norma dell'art. 1, c. 4 della legge 68/99», in particolar modo all'art.4 «Profilo socio-lavorativo della persona disabile» e all'art. 5 «Diagnosi funzionale della persona disabile» e nei relativi allegati del citato d.p.c.m.;
- raccolga, registri e utilizzi i dati personali purché sia assicurata la riservatezza degli stessi nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 196/2003 inerente alla protezione dei dati personali (privacy).

data

firma leggibile (*)

(*) *per soggetti interdetti o inabilitati*: firma del tutore o del curatore

per soggetti analfabeti: copia della carta d'identità in cui viene evidenziata impossibilità di firma

per soggetti temporaneamente impossibilitati a firma per motivi di salute: autodichiarazione ex d.p.r. 28.12.2000, n. 445

Modulo di rinuncia

Il collocamento lavorativo dei cittadini disabili è regolamentato dalla legge 68/99. Essa ha come finalità la promozione dell'inserimento al lavoro e della integrazione lavorativa delle persone disabili attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

I soggetti che possono usufruire delle agevolazioni previste dalla legge sono coloro ai quali è stata riconosciuta una percentuale di invalidità civile superiore al 45%, oltre ai non vedenti e ai non udenti/privi di favella.

Alla presentazione della domanda di invalidità civile, il cittadino in età lavorativa, che vuole iscriversi alle liste speciali per il collocamento lavorativo, deve fare richiesta di essere sottoposto anche all'accertamento della condizione di disabilità ex legge 68/99.

Il cittadino potrà, comunque, richiedere tale accertamento in un secondo tempo (in caso di aggravamento dello stato invalidante o di variazione della sua situazione lavorativa e/o economica).

Liberatoria per soggetti non interessati ad accertamento ex legge 68/99

Con la presente la/il sottoscritto/a

dichiara di non essere attualmente interessato/a al riconoscimento della legge 68/99.

data

firma leggibile (*)

(*) *per soggetti interdetti o inabilitati*: firma del tutore o del curatore

per soggetti analfabeti: copia carta d'identità in cui viene evidenziata impossibilità di firma

per soggetti temporaneamente impossibilitati a firma per motivi di salute: autodichiarazione ex d.p.r. 28.12.2000, n. 445

■ Un caso particolare

Molta attenzione va posta da tutte le strutture/enti che si occupano istituzionalmente di inserimenti lavorativi mirati alla qualità e alla correttezza formale (e anche alla data di redazione) della «Relazione conclusiva» di ogni singolo soggetto con disabilità.

In proposito e a conclusione della trattazione, si descrive un caso problematico recentemente occorso. Questo, seppure viene citato senza alcun riferimento a persona e/o impresa e/o ente specifico nel rispetto della privacy, rende bene la criticità dei fatti e di quanto si sarebbe potuto fare ponendo maggiore attenzione alla pratica ex legge 68/99 da gestire ai diversi livelli. Un soggetto, a seguito della domanda per ottenere i benefici in relazione sia alla sopraggiunta invalidità civile valutata dalla «Commissione di Prima istanza» sia alle «potenziali capacità lavorative» ex legge 68/99, avvia una pratica di invalidità civile e richiede anche la legge 68/99 e, al termine dell'iter, ottiene un verbale di invalidità e la relazione nella quale vengono descritte le sue capacità lavorative «semi-specifiche». Egli viene, quindi, inserito nelle apposite liste del «Collocamento mirato» e, dopo due, tre anni, viene collocato con avviamento «nominale» – nell'ambito della Convenzione ex art. 11 della legge 68/99 tra Provincia e impresa – attraverso un «Servizio per l'Inserimento Lavorativo» accreditato, previa individuazione delle capacità del soggetto (attraverso la «Relazione conclusiva» redatta nell'ambito dell'Asl), a seguito dei colloqui degli Operatori del Servizio anzidetto con le figure di riferimento dell'impresa ospitante e del sopralluogo conoscitivo degli Operatori presso l'azienda per individuare e definire i compiti ai quali il soggetto sarebbe stato addetto. L'impresa prende, poi, in carico il soggetto e gli affida le mansioni concordate in fase di avviamento mirato. Ben presto, però, in ambito aziendale ci si accorge del fatto che il lavoratore con disabilità non riesce ad espletare i suoi compiti; egli viene, quindi, sottoposto correttamente a visita medica da parte del medico competente dell'impresa ospitante, il quale prende visione della «Relazione conclusiva» e si accorge del fatto che tale documentazione risulta «datata» (risale a diversi anni prima) e viene reso edotto dal lavoratore con disabilità circa il suo successivo accesso alla «Commissione di Prima istanza per l'invalidità civile» e di avere ottenuto una percentuale di invalidità civile maggiore a causa dell'aggravamento della sua patologia.

Il soggetto, in occasione della seduta della Commissione per l'aggravamento, non richiede una nuova valutazione ex legge 68/99 e presenta in azienda soltanto quella vecchia. L'azienda rifiuta l'assunzione del lavoratore con disabilità e va in giudizio. Il procedimento legale si conclude con una sentenza a favore dell'azienda, in quanto il giudice ritiene che quanto descritto nella «Relazione conclusiva» esibita dal lavoratore all'inizio dell'attività lavorativa non corrisponda alla situazione contestuale, in quanto le sue condizioni generali di salute si sono modificate in peggio, le sue capacità lavorative sono più ridotte e, quindi, egli non risulta in condizione di ottemperare agli accordi tra il «Servizio per l'Inserimento Lavorativo» e l'impresa al momento dell'avviamento mirato. Il lavoratore, pertanto, perde

l'opportunità di potere svolgere un proficuo lavoro, potrà richiedere il «reintegro in graduatoria»¹⁶ e dovrà attendere l'espletamento di un nuovo iter.

Nel caso specifico si possono segnalare alcune criticità a diversi livelli. Il soggetto, al momento della richiesta dell'aggravamento dello stato di invalidità civile, avrebbe dovuto richiedere anche una nuova «Relazione conclusiva» in considerazione della possibile modifica e in peggior delle sue capacità lavorative; avrebbe potuto/dovuto essere cosciente di tale possibilità (cosa che non sempre succede anche in relazione al livello culturale delle persone e/o della scarsa conoscenza delle norme e delle loro opportunità); tale suggerimento sarebbe potuto giungere anche dal suo medico curante oppure da un eventuale Patronato sindacale presso il quale egli potrebbe essersi recato per l'avvio della pratica. Gli operatori amministrativi della Asl addetti al frontoffice, se debitamente formati, avrebbero potuto indirizzare opportunamente il soggetto ad avviare anche la pratica ex legge 68/99, oltre a quella della invalidità civile, in occasione della richiesta di aggravamento della invalidità civile e/o della presentazione della relativa domanda. I membri della «Commissione di Prima istanza per l'invalidità civile» integrata come da legge 104/92, e in particolar modo il medico del lavoro e l'operatore sociale, avrebbero potuto informarsi dal soggetto circa le sue intenzioni/opportunità in merito all'avviamento al lavoro e avrebbero dovuto consigliarlo in merito all'avvio della pratica ex legge 68/99 immediatamente dopo la seduta di invalidità civile. Gli operatori del «Servizio per l'inserimento lavorativo» accreditato avrebbero, infine, dovuto effettuare una attenta valutazione di tutta la documentazione, anche clinica e di medicina del lavoro, in possesso del soggetto, prima del suo avviamento mirato al fine di evitare pure situazioni critiche, come questa descritta, che possono causare nel soggetto con disabilità «ulteriori frustrazioni» ed essere «vissuti di fallimento»; essi avrebbero dovuto supportare il soggetto e prendere contatti con un medico del lavoro di loro fiducia al fine di valutare la situazione del soggetto e subito dopo con la Asl di riferimento del soggetto per avviare e concludere al più presto la pratica ex legge 68/99, al fine di giungere, e con appropriatezza e successo, all'avviamento lavorativo mirato del soggetto.

¹⁶ Il «reintegro in graduatoria» - La normativa prevede che è possibile, dopo essere stati cancellati dalla lista perché assunti, fare domanda di reintegro in graduatoria, quando il contratto di lavoro a tempo indeterminato si è concluso per : a) mancato superamento del periodo di prova; b) licenziamento per giustificato motivo oggettivo; c) licenziamento per riduzione del personale. Il soggetto con disabilità, in tal caso, fa domanda di reintegro a collocamento obbligatorio e il lavoratore reintegrato in graduatoria mantiene la vecchia anzianità di iscrizione.

■ Bibliografia essenziale

Giuseppe Leocata, «Disabilità: anche nel mondo del lavoro è uno svantaggio ridicibile», pp. 18-19, *Ambiente & Sicurezza - Quindicinale di documentazione giuridica, professionale e tecnica*, n. 8 - 12.04.2005 - Il Sole 24 Ore, Pirola.

Giuseppe Leocata, «Il medico del lavoro e il suo ruolo nell'inserimento dei soggetti disabili» - pp. 18-24; Giuseppe Leocata, Mirella Sala, Luigi Scaffino, «Proposta di procedura operativa per operatori delle Asl ai fini della gestione delle Potenziali capacità lavorative delle persone disabili ex legge n. 68/1999», pp. 24-36, *Ambiente & Sicurezza - Quindicinale di documentazione giuridica, professionale e tecnica*, n.11, 31.05.2005, Il Sole 24 Ore, Pirola.

Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del lavoro, Società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale, Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del lavoro e Riabilitazione Centro Studi, Linee guida n. 20, «Disabilità e lavoro», A. Bergamaschi (coordinatore), S. Bagnara, R. Bolchini, L. Ciardiello, A. Cunego, V. Gallo, G. Leocata, L. Livigni, G. Magnavita, N. Magnavita, A. Magrini, N.V. Mennoia, C. Messori, B. Piccoli, B. Sed, G. Sclip, S. Stefanovichj, Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro, Series Editors; P. Apostoli, M. Imbriani, L. Soleo, G. Abbritti, L. Ambrosi, Tipografia Pi-Me Editrice srl, Pavia 2006; capitoli redatti da G. Leocata: 4 (La valutazione di menomazione/handicap disabilità), 5 (La gestione delle potenziali capacità lavorative di persone disabili e l'accertamento ex legge 68/99 e d.p.c.m. 13.01.2000) e 6 (Disabilità e lavoro: il ruolo del medico del lavoro/competente) (pp. 73-126) e allegati :1, 2, 3, 4 e 5 (pp. 261-292);

Quaderni di Medicina Legale del Lavoro - Supplemento al *Notiziario Inca* n. 1/2007, «L'invalido civile tra tutela formale e realtà», Giuseppe Leocata: *Il ruolo del medico del lavoro della Asl nella valutazione delle capacità lavorative dei portatori di handicap e il suo ruolo nel Comitato tecnico Provinciale Disabili*, pp. 117-153, Ediesse, Roma.

Nuova rassegna di legislazione, dottrina e giurisprudenza, «L'Ente locale e la seicentoventisei all'interno dell'organizzazione e sul del territorio», atti del Master di Bologna 8 giugno 2007, Giuseppe Leocata, *P.A. senza frontiere: porte aperte per i disabili*, pp. 736-744, Noccioli Editore Firenze, anno LXXXII, n. 6, Firenze, 16 marzo 2008.

Lorenzo Alessio, Pietro Apostoli, con la collaborazione di Elisa Albini e Simona Catalani, *Manuale di medicina del lavoro e igiene industriale / Per tecnici della prevenzione*; Giuseppe Leocata (cap. 24), *La persona con disabilità: inserimento, mantenimento e reinserimento al lavoro e accessibilità nei luoghi di lavoro*, pp. 367-377; Piccin Padova, luglio 2009.

Società nazionale operatori prevenzione, Inail, Cgil, Cisl, Edilart Marche, Amministrazione comunale Civitanova Marche, Congresso Nazionale Snop: «Progettare il futuro per la salute e la sicurezza»; Giuseppe Leocata (Relazione), «Persone con disabilità e lavoro, ruolo dei medici competenti aziendali e dei medici del lavoro delle strutture pubbliche», Civitanova Marche, 29-30-31 ottobre 2009, atti pubblicati su pendrive.

L'Inail e il collocamento obbligatorio al lavoro dopo infortunio o malattia professionale

di **Giuseppe Ali** *

La tutela dell'Inail nei confronti dei lavoratori vittima di infortunio e di malattia professionale ha assunto nella evoluzione legislativa più recente (vedi d.lgs. n. 38/2000) sempre di più le caratteristiche di un sistema integrato di tutela che comprende gli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, le prestazioni economiche e sanitarie, le cure, la riabilitazione ed il reinserimento nella vita sociale e lavorativa.

In tale ambito l'Inail svolge un ruolo di *facilitatore* dei meccanismi di reinserimento a fianco degli enti e degli organismi previsti dalla legge n. 68/1999 che sono istituzionalmente preposti a tale scopo.

L'istituto è inoltre impegnato sul versante della riabilitazione intesa come processo finalizzato a migliorare le condizioni fisiche della persona disabile con l'obiettivo di recuperare al massimo le funzioni lese e di valorizzare le abilità residue.

In tale ultima funzione l'Inail opera in una logica di rete in sinergia con il Servizio sanitario nazionale e regionale e con altri soggetti che si occupano in forma istituzionale dei temi della riabilitazione.

Con il Regolamento di attuazione dell'art. 24 del d.lgs. n. 38/2000 l'Inail ha finanziato fino al 2009 progetti formativi finalizzati al reinserimento lavorativo dei disabili e di abbattimento delle barriere architettoniche per le piccole e medie imprese che intendono assumere disabili.

L'Inail ha predisposto allo scopo una metodologia operativa che adotta, oltre ad adempimenti amministrativi, anche una procedura di:

– valutazione delle abilità residue del disabile;

* Sovrintendenza medica regionale Inail della Lombardia.

- indirizzo verso l'attività più idonea alle capacità ed alle aspettative del disabile in considerazione della offerta del bacino territoriale;
- creazione di una rete territoriale per la rilevazione delle richieste lavorative locali.

Per la valutazione delle capacità residue è stato incluso nel citato Regolamento un protocollo che, nel rispetto degli elementi di formulazione della diagnosi funzionale e della scheda del d.p.c.m. del gennaio 2000, offrisse una certa base di riproducibilità e di omogeneità della valutazione.

▼ **L'attività dell'équipe multidisciplinare e l'art. 24 del d.lgs n. 38/2000**

Quest'ultima procedura viene effettuata attraverso un approccio multidisciplinare da una équipe istituita presso ogni sede territoriale e che, nella sua forma più semplice, è costituita dal dirigente medico, dal funzionario socio-educativo, da un funzionario amministrativo, ed è implementabile, a seconda delle specificità del caso, attraverso il coinvolgimento di altre competenze professionali (infermiere, architetto, informatico ecc.) già presenti nell'Ente. Al termine del percorso di valutazione delle abilità residue e della definizione dell'ambito di occupazione dell'infortunato si invia la scheda di rilevazione al Comitato Tecnico Provinciale per le ulteriori competenze di matching con le realtà lavorative locali.

La consolidata esperienza dell'Inail nella attività di «presa in carico» del lavoratore disabile ha ormai evidenziato come questi, superata la fase del momento curativo, necessita di una rete di servizi che gli assicurino un supporto professionalmente qualificato tale da consentirgli di affrontare la quotidianità della sua condizione nella concreta prospettiva di un reinserimento attivo nelle dinamiche delle società.

L'Inail dopo la circolare n. 54/2000 ha interpretato in una tale chiave la competenza, riconosciutagli normativamente, a sperimentare e ad applicare dispositivi e tecnologie assistive nei percorsi di reinserimento sociale e lavorativo.

Le vigenti disposizioni interne all'istituto allargano, infatti, le finalità dell'atto prescrittivo in favore del lavoratore infortunato superando le sole indicazioni terapeutico-riabilitative ed introducendo il concetto che la fornitura favorisca il massimo recupero sia sotto il profilo morfologico-funzionale che sotto quello psichico in vista del pieno reinserimento.

Si interpreta in questi termini la necessità per l'Inail di predisporre progetti di riabilitazione e di reinserimento «individualizzati», che comprendano sia attività extralavorative (per es. pratiche sportive) che formative (progetti ex art. 24, ora revocati), finalizzati ad incrementare la ricollocabilità dell'invalide sul lavoro e nella società.

Attualmente, sebbene sia esaurita la possibilità di finanziare percorsi formativi ex art. 24, resta la esperienza maturata che consente di formulare alcune osservazioni.

Una prima riflessione riguarda l'individuazione della équipe multidisciplinare come referente per la predisposizione dei progetti per il reinserimento.

Tale modalità organizzativa è risultato un utile strumento di lavoro che ha raggiunto l'obiettivo di far colloquiare attivamente diverse componenti professionali dell'Istituto per predisporre, anche in raccordo con altri enti o istituzioni, attive politiche per il reinserimento.

L'équipe multidisciplinare ha posto l'Inail nella condizione di poter effettuare la «presa in carico» e di misurare la sua capacità di dare risposte ad ampie e strategiche aree di «criticità» (riabilitazione, logistico-ambientale, strumentale) del lavoratore invalido.

Altra constatazione è relativa al fatto che la necessità di predisporre programmi per il reinserimento ha comportato la necessità di confrontarsi con le peculiarità delle condizioni del lavoratore disabile che, a fronte della scarsità e della frammentazione delle risposte istituzionali (Asl, Enti locali, ecc.), necessita invece della attivazione di efficaci reti e produttivi percorsi di sostegno.

Nell'esperienza Inail, dunque, la prescrizione di tecnologie assistive assolve al ruolo strategico nelle attività di reinserimento perché ha favorito un recupero di identità e di autonomia e, in determinati contesti positivi, ha attivato nell'invalido importanti leve motivazionali.

D'altra parte l'estrema flessibilità ed adattabilità delle tecnologie assistive modifica anche il concetto di «abilità residua», laddove l'abilità non è correlata alle funzioni psicofisiche astrattamente disponibili della persona ma è direttamente correlata alla disponibilità ed alla qualità delle tecnologie in concreto fornite ed utilizzate dall'infortunato.

▼ **La riabilitazione del «gesto lavorativo»**

Da circa un decennio l'Inail ha attivato sul territorio nazionale alcuni centri di riabilitazione ambulatoriale ed una struttura per la riabilitazione ospedaliera.

L'introduzione di tali strutture nel contesto dell'attività sanitaria dell'Inail ha consentito il realizzarsi di confronti costruttivi con il mondo della medicina legale previdenziale; la dialettica insorta fra questi professionisti ha posto in primo piano l'esigenza di validare e di applicare protocolli di rieducazione al «gesto lavorativo»; con ciò rispondendo alla esigenza di restituire al mondo produttivo un lavoratore nelle sue precedenti mansioni per le quali ha competenza ed esperienza.

La conoscenza del «gesto lavorativo» insieme allo studio della ergonomia del posto di lavoro e dei cicli produttivi rappresentano ad oggi potenzialità non completamente espresse ma già presenti in Inail.

▼ Icf e la valutazione delle capacità residue

Ai sensi della circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 66/2001 i medici dell'Inail svolgono l'accertamento dello stato invalidante ed il controllo sulla permanenza di tale stato attenendosi ai criteri ed alle modalità delineate nel d.p.c.m. 13.1.00; l'esito dell'accertamento è fatto oggetto di informativa ai Comitati Tecnici preposti alla definizione del percorso di inserimento al lavoro ai sensi della legge n. 68/99.

Il 22.5.01 l'Oms ha pubblicato la «Classificazione Internazionale del Funzionamento, della salute e della disabilità (Icf)» con l'intento di proporla alla comunità internazionale come standard di valutazione di salute e disabilità.

La classificazione Icf presenta l'aspetto innovativo di concentrarsi sul funzionamento della persona e sulle alterazioni di esso indipendentemente dalla patologia di cui la persona è portatrice.

Lo scopo generale è quello di fornire un linguaggio standard ed unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.

L'Icf è un modello bio-psico-sociale che descrive la salute e la disabilità come risultanza dell'interazione dinamica tra persona ed ambiente, potendo quest'ultimo costituire momento facilitatore o barriera nell'espressione della capacità o delle performances del soggetto.

La classificazione Icf, pur essendo principalmente uno strumento per la descrizione istantanea dello stato di salute e di disabilità, è tuttavia suscettibile di utilizzo, oltre che nella statistica di popolazioni, in vari ambiti: nella pratica medica, nella ricerca ed altro.

Il Ministero del Lavoro sta promuovendo l'applicazione dell'Icf nell'ambito delle politiche sanitarie.

L'Inail, nell'ottica di una politica d'integrazione socio-lavorativa del disabile, e come elemento facilitatore e promotore di questo percorso culturale ha istituito un «*Gruppo di riferimento Inail per l'Icf*» con il duplice scopo di:

- dare sistematicità ed omogeneità nell'approccio alla metodologia Icf e della formazione interna;
- esplorare il potenziale cognitivo dell'Icf per l'accertamento delle capacità residue per il Collocamento mirato ai fini della legge n. 68/99, la verifica della idoneità lavorativa in seguito ad evento infortunistico o malattia professionale ai sensi del T.U. n. 81/2008 e d.lgs. 106/2009, la valutazione della incollocabilità lavorativa.

Al termine di questa schematica panoramica sulle azioni condotte dall'Inail nell'ambito del reinserimento lavorativo dell'infortunato disabile si è visto come tale approccio preveda competenze specialistiche pluridisciplinari ed il coinvolgimento di diversi referenti istituzionali, sociali e sanitari.

In tale ottica la specifica esperienza dell'Inail rappresenta un patrimonio disponibile di competenze nella valutazione del danno alla persona, nella individuazione e nella applicazione

delle più idonee tecnologie assistive, nella ricerca di strategie compensative al gesto lavorativo menomato e nella predisposizione di programmi di reinserimento.

■ Riferimenti legislativi

Legge 5.2.1992, n. 104, «Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate».

Legge 12.3.1999, n. 68, «Norme per il diritto al lavoro dei disabili».

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13.1.2000 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili a norma dell'art. 1, c. 4, della legge 12.3.1999, n. 68.

Decreto legislativo 23.2.2000, art. 38, «Disposizioni in materia di assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali a norma dell'art. 55, c. 1 della legge 17.5.1999».

Ministero del Lavoro, circolare n. 66 del 10.7.2001.

Decreto legislativo 9.4.2008, n. 81, «Attuazione dell'art. 1 della legge 3.8.2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e successive modifiche ed integrazioni».

Circolare Inail n. 39 del 29.7.2009 «Regolamento per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica agli invalidi del lavoro».

Il medico competente: ruolo e utilità nel collocamento al lavoro dell'invalido

di **Gilberto Marcello Boschioli** *

La finalità di questo mio breve intervento è quella di illustrare e proporre alla discussione alcuni nodi problematici riscontrati sul campo nella gestione degli invalidi in azienda.

Cosa succede all'arrivo dell'invalido? Quali sono i problemi per la struttura organizzativa aziendale? Quali sono i compiti istituzionali del medico e quale ruolo ha, e quale contributo attivo può dare?

In realtà rispondere a queste domande è tutt'altro che semplice; le situazioni lavorative sono molto disomogenee non solo perché tecnologicamente e nell'organizzazione tra loro molto diverse, ma anche e soprattutto perché molto diversi risultano i ruoli e i conseguenti comportamenti degli «attori protagonisti» territorialmente competenti: Ufficio del Lavoro, Asl, Aziende e, da ultimo ma non per questo meno importante, come di fatto il medico interpreta e concretamente esercita il proprio ruolo in azienda. La disomogeneità dei comportamenti, più o meno virtuosi anche in aziende che si trovano a operare in territori molto vicini, è talvolta davvero molto sconcertante, come purtroppo spesso succede anche per altri temi di tutela della salute sul lavoro.

Il tentativo, un po' presuntuoso, di questo mio intervento è quello di riportare una serie di problemi comuni emersi nelle varie discussioni sul tema affrontate in associazione, presenti un po' dappertutto, evitando tuttavia l'ennesimo «cahier de doléances» del medico competente, a cui spesso ci tocca assistere nelle recenti occasioni di discussione. Vorrei al contrario proporre, in modo molto pragmatico e concreto, un modello e un metodo di approccio che ha la pretesa, se non di risolvere, almeno di affrontare questi problemi con chiarezza e trasparenza, fornendo alcuni strumenti di comunicazione e di gestione.

* Associazione nazionale medici d'azienda e competenti (Anma).

▼ Il ruolo del medico competente

Il medico d'azienda è sempre stato un medico un po' particolare, che esercita la sua professione in un contesto specifico e piuttosto anomalo per un sanitario, attraverso strumenti disciplinari e metodologici molto peculiari.

La medicina d'azienda nasce in Italia formalmente negli anni '50, con il d.p.r. n. 303/56, e con la precisa finalità di effettuare una stretta sorveglianza sanitaria per individuare i primi segni di eventuali malattie professionali, laddove per alcune lavorazioni era dato per scontato la presenza di un rischio professionale; il sistema era basato sul concetto di «presunzione del rischio».

Già nel 1986, ben prima della rivoluzione copernicana europea arrivata in Italia solo nel 1994 con il d.lgs. n. 626, il maestro di medicina del lavoro professor Vigliani scriveva:

«La medicina d'azienda è un'arte particolare: è una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle scuole universitarie. Presupposto della medicina aziendale è una profonda conoscenza dell'azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento; presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione con il consiglio di fabbrica, e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all'ampiezza dell'azienda; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che regolano il lavoro».¹⁷

È sotto gli occhi di tutti l'accelerazione che la medicina del lavoro e la medicina in azienda hanno avuto negli anni: da una medicina la cui missione era riconoscere, diagnosticare e curare le malattie da lavoro a una disciplina la cui missione è prevenire i danni alla salute lavoro-correlati.

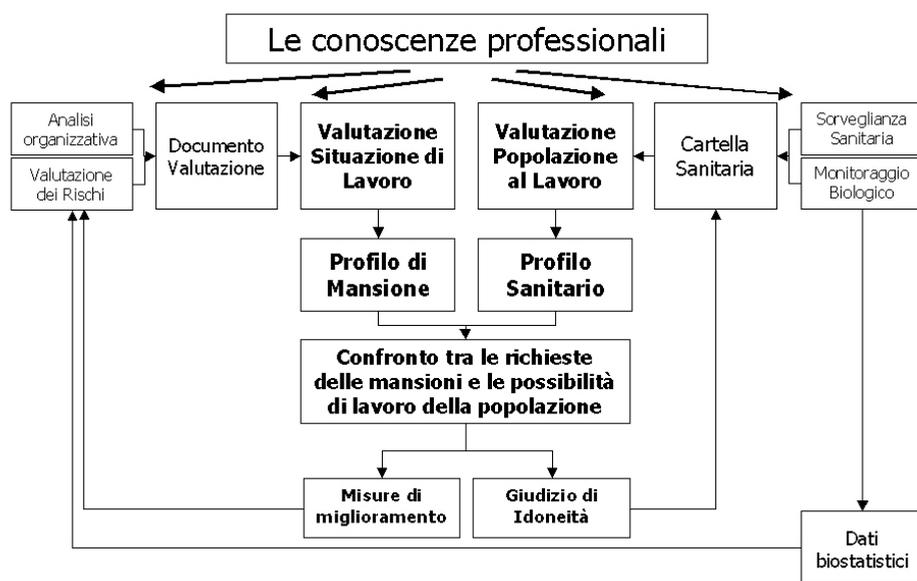
Il mondo del lavoro negli ultimi anni è molto cambiato nel nostro Paese, e proprio la velocità di questo cambiamento mette a dura prova le capacità di adattamento di chiunque con questo mondo si debba confrontare, noi medici compresi. Alcuni problemi di fondo del contesto in cui ci troviamo a operare pongono non poche difficoltà.

Non moltissimi anni fa, il modo prevalente di operare del medico d'azienda era quello della grande impresa, dove il medico passava la maggior parte del tempo lavorativo e dove gli interlocutori interni ed esterni dell'azienda erano piuttosto ben conosciuti. In questo contesto era molto più facile conoscere i meccanismi organizzativi e le modalità di «funziona-

¹⁷ Enrico C. Vigliani, *Presentazione – Organizzazione della Prevenzione in azienda*, Volume I, Gruppo di lavoro medici aziendali, Gte Telecomunicazioni - Cassina de Pecchi (Mi), Milano, 1987.

mento» dell'azienda, per ricercare e strutturare i propri spazi comunicativi; anzi, il più delle volte era l'azienda stessa che forniva gli strumenti e le procedure adatte al proprio contesto. Ora il medico spesso opera in realtà aziendali molto diversificate, per numero, dimensioni, tipologia di lavoro e dei rischi presenti. È del tutto evidente la difficoltà di poter offrire strumenti informativi che possano adattarsi a imprese con finalità, strutture organizzative, comportamenti operativi molto diversi¹⁸. Si è andata tuttavia negli anni configurando, grazie all'apporto di molti protagonisti sul campo, una sorta di «buona prassi operativa»: un modello che ormai da tempo Anma (Associazione Nazionale Medici d'Azienda e competenti) propone, recentemente rielaborato anche alla luce (e anche a qualche ombra...) del famoso d.lgs. n. 81/08.

La logica funzionale di questo modello del medico competente può essere ben sintetizzata nel diagramma che segue, presentato per la prima volta nel 1991 da un apposito gruppo di lavoro Anma¹⁹ e recentemente rielaborato²⁰:



¹⁸ G. Boschirolì, *Il sistema informativo del medico competente*, 21° Congresso nazionale Anma, Castel San Pietro Terme (Bo), 2008.

¹⁹ Gruppo di lavoro medici aziendali, *La gestione della prevenzione in azienda: riflessioni critiche e proposte per l'impostazione del sistema informativo*, 1991, edito in proprio.

²⁰ Audizione dell'Anma - Associazione nazionale medici d'azienda e competenti, presso il Senato della Repubblica da parte della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette «morti bianche», relativa alla tematica delle malattie professionali, Roma, 6 novembre 2007.

Il medico è sempre più chiamato ad una stretta collaborazione con il datore di lavoro e la sua organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi che l'attuale normativa pone, al di là di una mera applicazione delle norme o una gestione formale dell'idoneità alla mansione specifica.

La richiesta di un'attenzione sempre maggiore alla qualità della vita si riflette anche nelle situazioni lavorative. Nonostante la diminuzione a livelli sempre più bassi dei classici fattori di rischio, la valutazione della compatibilità tra ambiente di lavoro e caratteristiche psicofisiche dei lavoratori si pone l'obiettivo di tutelare la salute di tutti i soggetti, compresi quelli particolarmente suscettibili.

In questa situazione il confine sempre più labile tra malattie a genesi lavorativa e altre malattie indirizza il medico d'azienda a considerare i problemi di salute della popolazione lavorativa che ne diminuiscono la possibilità di lavoro, indipendentemente dai rischi specifici a cui può essere esposta.

Del resto il d.lgs. n. 81/08 all'articolo 18, comma 1, lettera c), impone al datore di lavoro e ai suoi collaboratori il dovere di, «nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza».

È chi altri se non il medico competente può fornire il corretto supporto per la gestione dei lavoratori e l'assegnazione di mansioni e compiti, salvaguardando la tutela della privacy degli stessi?

Per poter svolgere questo compito il medico deve conoscere le attività lavorative molto in dettaglio e con l'osservazione sul campo, non solo attraverso la collaborazione alla valutazione dei rischi a cui la normativa lo obbliga, ma anche con una diretta conoscenza di tutte le «richieste» che i compiti lavorativi pongono a chi li deve esercitare quotidianamente.

D'altra parte occorre anche una valutazione sempre più accurata delle caratteristiche del lavoratore dal punto di vista sanitario, non solo al fine di cogliere i primi segni di una tecnopatia indotta da una particolare situazione lavorativa, ma soprattutto per valutarne le possibilità di lavoro rispetto alle specifiche mansioni a cui può o potrà essere adibito.

Ogni volta che il medico competente visita un lavoratore deve rispondere almeno a due quesiti:

- può l'attività lavorativa avere conseguenze negative per la salute di questo lavoratore?
- i problemi sanitari del lavoratore possono diminuire la sua possibilità di lavoro?

Se questo non avviene, il giudizio di idoneità alla mansione specifica che ne consegue rimane un mero atto formale che poco può contribuire ad una corretta gestione dei lavoratori.

In pratica il medico è (o dovrebbe essere...) chiamato a indicare ciò che uno può e non può fare nel mondo aziendale e, per converso, indicare chi può essere adibito ad una data mansione.

▼ Alcuni dati sullo stato di salute della popolazione al lavoro

I medici competenti hanno a disposizione una mole immensa di dati relativi alla salute dei lavoratori visitati ogni anno, ma queste informazioni sono poco o nulla utilizzabili specie al di fuori delle aziende.

Il problema è stato sollevato da tempo²¹, ma ancora stiamo accanitamente discutendo su quali dati vadano raccolti e come raccoglierli, senza che alcun sistema informativo organico e sistematico sia ancora stato minimamente abbozzato²².

Eppure almeno alcuni dati generali sono indispensabili per un corretto inquadramento del problema. Ritengo quindi utile presentare i dati relativi alla popolazione lavorativa da me esaminata negli ultimi anni. Pur con tutti i limiti che possono avere i dati di tipo personale, costituiscono pur sempre una base informativa abbastanza rappresentativa delle situazioni più diffuse nelle nostre aziende.

La mia attività si esplica prevalentemente nelle Province di Milano e Monza Brianza e la distribuzione per settore dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria rispecchia abbastanza la realtà delle imprese del territorio (tabella 1).

Le attività di servizio con mansioni di tipo impiegatizio rappresentano ormai più del 50% dei lavoratori, anche se l'industria ancora si difende bene in alcuni settori come il metalmeccanico e l'impiantistica.

Settore	N°	%
Informatica	744	35,4
Metalmeccanica	729	34,7
Installazione e manutenzione di macchine e impianti	266	12,7
Industria Alimentare	98	4,7
Suole	67	3,2
Amministrazioni Pubbliche	44	2,1
Servizi Amministrativi, Gestionali, Contabili	42	2,0
Pulizia generale	28	1,3
Commercio	27	1,3
Chimica manifatturiera	25	1,2
Trasporto su strada	16	0,8
Sanità e Servizi Sociali	14	0,7
Totale	2100	100,0
Servizi, Commercio, e Amministrazioni pubbliche	1020	48,6
Industriale (manifatturiero e impiantistica)	1080	51,4

²¹ Grieco A., Occhipinti E., Tonelli S., *Ambiente di Lavoro e Riforma Sanitaria: Il sistema informativo*, Franco Angeli, Milano, 1983.

²² Contributo Anma alle modifiche dell'Allegato 3 A e 3 B - Nota a seguito della riunione convocata dal Ministero della Salute il giorno 8 luglio 2010.

Distribuzione agenti di rischio			
Agente di Rischio	N°	%	% su lavoratori
Ergonomici (MMC- ST - MRAS)	1771	24,0	84,3
Lavoro d'ufficio (VDT)	1315	17,8	62,6
Lavoro notturno	1046	14,2	49,8
Agenti Chimici	1019	13,8	48,5
Rumore	808	11,0	38,5
Vibrazioni Sistema Mano Braccio	648	8,8	30,9
Vibrazioni Corpo intero	191	2,6	9,1
Elettrocuzione	124	1,7	5,9
Microclima Caldo	120	1,6	5,7
Lavoro in quota	83	1,1	4,0
Radiazioni non ionizzanti	83	1,1	4,0
Lavoro all'aperto	47	0,6	2,2
Conduzione autoveicoli su strada	23	0,3	1,1
Agenti Biologici	15	0,2	0,7
Radiazioni ottiche artificiali	10	0,1	0,5
Nessuno	66	0,9	3,1
Totale	7369	100,0	
Totale lavoratori		2100	
MEDIA RISCHI/LAVORATORE		3,5	

Dati generali		
Sesso	N°	%
Maschi	1626	77,4
Femmine	474	22,6
Totale	2100	100,0
Età	42,55	
Anzianità	10,5	

Anche la distribuzione dei lavoratori per agenti di rischio è abbastanza tipica: prevalgono gli agenti di rischio di tipo ergonomico (movimentazione manuale di carichi, azioni di spinta e tiro, movimenti frequenti e ripetuti, posture) e l'uso di attrezzature dotate di videoterminale (tabella 2). Si noti come 8 lavoratori su 10 sono esposti a un rischio di tipo ergonomico, mentre rispetto a qualche anno fa sono in diminuzione gli esposti ai rischi fisici.

Anche altri rischi «classici» sono ben rappresentati (lavoro notturno, agenti chimici, vibrazioni).

I lavoratori non esposti a rischi rappresentano una quota minimale (3,1%), ma ciò è dovuto al fatto che laddove non vi sono rischi non vi è obbligo di sorveglianza sanitaria e non c'è quindi il medico competente.

Le pluriesposizioni sono piuttosto diffuse con una media di 3,5 rischi per lavoratore.

Il genere maschile prevale con il 77% ca.; piuttosto elevate risultano l'età e l'anzianità aziendale medie.

L'esame dei giudizi di idoneità (tabella 4) ci permette di entrare nel merito:

- il 14% dei lavoratori presenta un problema di compatibilità con la propria mansione;
- solo l'1% risulta del tutto non idoneo.

In realtà il problema della compatibilità del lavoratore con le attività aziendali è molto più vasto, in quanto il giudizio viene espresso solo nei confronti della mansione alla quale il lavoratore è adibito.

Se si considerano le mansioni operaie, le percentuali crescono notevolmente (tabella 5).

Distribuzione per giudizio di idoneità		
Giudizio di idoneità	N°	%
Idoneo	1806	86,0
Prescrizioni/ Limitazioni	274	13,0
Non idonei	20	1,0
Totali	2100	100,0

solo OPERAI		
Giudizio di idoneità	N°	%
Idoneo	887,2	78,7
Prescrizioni/ Limitazioni	220	19,5
Non idonei	19,8	1,8
Totali	1127	100,0

Inoltre in genere il medico è molto cauto nell'esprimere tali giudizi, per le ovvie possibili ripercussioni organizzative e legali che il lavoratore può subire.

Qualche informazione ulteriore ci viene da un esame più dettagliato delle condizioni di salute dei lavoratori sottoposti alla sorveglianza sanitaria. Solo il 40% può essere considerato in buona salute, senza cioè presentare nessuna patologia. Il restante 60% presenta qualche problema sanitario, con una media di 1,9 patologie per lavoratore (tabella 7).

L'apparato locomotore è nettamente quello più colpito (tabella 8), seguito a notevole distanza dalle malattie endocrine e dismetaboliche, dall'apparato cardiocircolatorio e respiratorio.

Percentuale lavoratori "sani"		
Stato di salute	N°	%
Buona salute	840	40,0
Almeno 1 Patologia	1260	60,0
Totale	2100	100,0
Numero di patologie	2402	
Media Patologie/lavoratore	1,91	

Prevalenza patologie riscontrate raggruppate per Apparati		
Apparati coinvolti	N°	%
Apparato Locomotore	691	32,9
Malattie Endocrine e Dismetaboliche	321	15,3
Apparato Cardiocircolatorio	297	14,1
Apparato Respiratorio	271	12,9
Malattie della Vista	183	8,7
Apparato Digerente	140	6,7
Dermopatie	115	5,5
Sistema Nervoso	67	3,2
Malattie dell'Udito	50	2,4
Malattie Ematologiche	45	2,1
Malattie Psichiche	41	2,0
Neoplasie	38	1,8
Apparato Escretore	32	1,5
Malattie Venose	22	1,0
Altri apparati e sistemi	21	1,0
Apparato riproduttivo	17	0,8
Sistema immunitario	4	0,2
Totale persone visitate	2100	100

Tabella 9

Prevalenza patologie riscontrate		
Prime 10 Patologie	N°	%
Ipertensione arteriosa	196	9,3
Obesità	191	9,1
Rino-congiuntivite allergica	148	7,0
Esiti funzionali post-traumatici	112	5,3
Altre malattie Apparato Locomotore	87	4,1
Altre malattie visive	130	6,2
Lombalgia di natura non determinata	74	3,5
Protrusione Discale Lombare	59	2,8
Altre malattie cutanee	54	2,6
Asma bronchiale allergico	41	2,0
Totale	1092	52,0

In pratica più di 1 lavoratore su 3 presenta un problema all'apparato locomotore. Il dato assume particolare rilevanza se messo in relazione al fatto che i rischi ergonomici legati allo sforzo e al movimento sono i più diffusi.

Le malattie a più alta prevalenza sono quelle comunemente riscontrate nella popolazione generale (tabella 9): ipertensione arteriosa, obesità, allergie respiratorie, postumi di traumi e altre malattie dell'apparato locomotore.

Si noti che le prime 10 malattie rappresentano da sole più del 50% di tutte le patologie riscontrate.

Tutte le altre malattie presentano una dispersione molta alta di frequenza (tabella 10), essendo molto numerose ma a bassa prevalenza.

In questo contesto dove si ritrovano gli invalidi oggetto del seminario di oggi? In realtà rappresentano una percentuale molto piccola, complessivamente pari al 3% circa (tabella 6). Pur riconoscendo la possibilità di un certo margine di errore (anche se difficilmente un «avviato obbligatorio» può sfuggire al medico competente, anche se non in sorveglianza sanitaria), il confronto con il famigerato 15% *ex lege* non può che stupire e preoccupare.

Da questi dati emergono tuttavia alcuni problemi ineludibili: – i problemi di salute personali dei lavoratori pesano molto di più che non l'emergere di malattie professionali o po-

Prevalenza patologie riscontrate		
Altre Patologie	N°	%
pacete melto	36	1,4
Malattie della Tiroide	36	1,4
Malattie tendini e muscoli	36	1,4
colico	36	1,4
Anemia	36	1,4
afasia	36	1,4
gipodimia	36	1,4
Ernia Discale	36	1,4
ipertensione arteriosa	36	1,4
leoplasie maligne	36	1,4
bronchite cronica semplice	36	1,4
psicopatia non da Rumore	36	1,4
Malattie periartricolari e degenerative della spalla	36	1,4
ombelocistaglia di natura non determinata	36	1,4
Ernia discale lombare	36	1,4
Ernie addominali	36	1,4
Strabismo	36	1,4
Ernia bronchiale primitiva	36	1,4
Intervento Ernia Discale Lombare	36	1,4
Malattie periartricolari e degenerative del polso	36	1,4
Altre malattie	36	1,4
Altre malattie apparato digerente	36	1,4
Neurop	36	1,4
Ritroso della colonna in toto	36	1,4
Patologia cardiaca	36	1,4
Ernia	36	1,4
Altre malattie sistema Nervoso	36	1,4
Classe vene arti inferiori	36	1,4
Patologia cronica	36	1,4
Diabete cronica	36	1,4
Dermatite Allergica da Contatto	36	1,4
Ernia igiale e malattia del reflusso gastro-esofageo	36	1,4
Idroftasi	36	1,4
Arteropatia ischemica	36	1,4
Psicopatia	36	1,4
Sofoia	36	1,4
Altre malattie respiratorie	36	1,4
Cervicalgia di natura non determinata	36	1,4
Altre malattie Endocrine o diabetologiche	36	1,4
Patologia infiammatoria	36	1,4
Obesità	36	1,4
Altre malattie cardiocircolazione	36	1,4
Psicopatia da Rumore	36	1,4
Acido	36	1,4
Via di rifrazione non corretti adeguatamente	36	1,4
Malattie apparato riproduttivo maschile	36	1,4
Altre malattie uterine	36	1,4
Ritroso colonna cervicale	36	1,4
Malattie periartricolari e degenerative del gomito	36	1,4
Via di rifrazione bati corretti	36	1,4
Altre Malattie dell'Udito	36	1,4
Depressione	36	1,4
Ulcera gastrica e duodenale	36	1,4
Altre malattie intestinali	36	1,4
Carcinoma e altre neoplasie	36	1,4
osteopor	36	1,4
Altre tubercolosi	36	1,4
Polipi cronica prime vie aeree	36	1,4
leoplasie benigne	36	1,4
bronco-neumopatia Cronica Ostruttiva	36	1,4
Malattie apparato riproduttivo femminile	36	1,4
Mitigine	36	1,4
Altre malattie della colonna vertebrale	36	1,4
cervicobrachialgia di natura non determinata	36	1,4
Perfori e glucosio-fosfato-deidrogenasi	36	1,4
Eczema cronica di natura da determinare	36	1,4
Emicrania	36	1,4
Ernia discale cervicale	36	1,4
Altre malattie ematologiche	36	1,4
Ritroso arti superiori	36	1,4
Cistoma costituzionale	36	1,4
Ipotesia	36	1,4
Vasculopatie cerebrali	36	1,4
Altre malattie renal	36	1,4
Ritroso arti inferiori	36	1,4
Ritroso di altre sedi	36	1,4
bronco-neumopatia Cronica Restrittiva	36	1,4
morfoia	36	1,4
Malattie allergiche non comprese nelle altre voci	36	1,4
Patologia trombotici	36	1,4
Protrusione Discale Cervicale	36	1,4
Artropatia periferica	36	1,4
Distorsione cervicale	36	1,4
Paralizia di natura non determinata	36	1,4
Malattia cardiaca	36	1,4
Intervento Ernia Discale Cervicale	36	1,4
Malattie dell'uretere	36	1,4
Neurodistonia	36	1,4
Neuropatie periferiche	36	1,4
Politemia	36	1,4
Altre Malattie della vescica	36	1,4
Altre malattie venose	36	1,4
Aneurisma	36	1,4
Esiti tubercolosi	36	1,4
Malattie autoimmuni non comprese nelle altre voci	36	1,4
Polipo intestinale	36	1,4
Altre altre patologie	124	5,9
TOTALE PERSONE CONSIDERATE	210	

stumi di infortuni e il problema più rilevante per le imprese diviene la gestione delle cosiddette ridotte capacità lavorative, qualsiasi sia la loro origine;

- se è pur vero che vi è una tendenza al miglioramento delle condizioni di lavoro in termini di agenti di rischio, vi è un corrispettivo crescere di importanza delle condizioni di «cattiva salute» della popolazione al lavoro non tanto, ovviamente, perché le condizioni di salute in generale peggiorano, ma perché la popolazione lavorativa invecchia e vi è sempre maggior attenzione ai problemi di salute e aumenta la domanda di benessere che la società tutta e le singole persone sempre più pongono, come, per fortuna, è tipico delle società più evolute.

Dobbiamo chiederci se gli strumenti normativi e disciplinari che sono in atto sono adatti e sufficienti ad affrontare questo tipo di problematica.

▼ **L'inserimento dell'invalido collocato obbligatorio al lavoro**

Cosa succede quando arriva in azienda un invalido collocato obbligatoriamente al lavoro? Uno dei primi atti è la visita medica preventiva del medico competente, laddove è prevista la sorveglianza sanitaria obbligatoria, e, in genere, si possono aprire due scenari molto diversi, se non addirittura contrapposti.

Il problema cruciale è l'assegnazione della mansione e dei compiti lavorativi.

Nel caso in cui l'avviamento obbligatorio sia stato effettuato «alla cieca», senza alcun contatto preliminare, si apre una serie di problemi spesso irrisolvibili.

Paradossalmente il datore di lavoro dovrebbe avviare alla visita medica il lavoratore *dopo* avergli assegnato la mansione specifica, in quanto il medico deve esprimere il giudizio di idoneità alla mansione a cui il lavoratore è adibito. Ma come può il datore di lavoro assegnare la mansione se non conosce la situazione di salute del lavoratore? Se si ottemperasse meramente alle norme, per assurdo il lavoratore che risultasse non idoneo dovrebbe ripetere la visita sino a trovare la mansione adatta in un circolo vizioso senza fine.

In realtà ci si organizza in modo opposto, cercando di individuare le mansioni compatibili preliminarmente alla visita medica.

Ma anche in questi casi il medico si trova in palese difficoltà, in assoluta carenza di informazioni sino a quando non incontra il paziente.

La situazione è lievemente migliorata da quando nelle certificazioni di invalidità la commissione medica fornisce alcune indicazioni sulle attività che l'invalido può/non può fare, ma l'utilità di queste indicazioni è molto limitata dalla loro genericità, per cui spesso è molto difficile riferirle alle specifiche situazioni lavorative con cui l'invalido si trova a interloquire. D'altra parte la situazione è ancora peggiore per i componenti della commissione medica

che devono formulare le loro considerazioni praticamente alla cieca, nulla sapendo delle condizioni di lavoro e delle situazioni di rischio che l'invalido potrà incontrare.

In queste condizioni la buona riuscita dell'inserimento lavorativo, anche nelle situazioni più semplici, è affidata al caso o tutt'al più alla buona volontà dei singoli operatori che, mettendosi in contatto tra loro, cercano di gestire i casi più difficili, con gran dispendio di energie e perdite di tempo.

Decisamente migliore si presenta la situazione quando l'avviamento al lavoro avviene tramite specifiche convenzioni tra gli Uffici del Lavoro e l'azienda. In questi casi il flusso informativo è molto più efficace perché alcuni problemi possono essere preliminarmente affrontati in sede di convenzione, soprattutto per quanto riguarda la conoscenza delle situazioni lavorative, in modo che gli Uffici del Lavoro possano fare una scelta preliminare sui candidati. Il medico d'azienda conosce la situazione sanitaria dell'interessato ben prima di incontrarlo e può quindi collaborare attivamente con il datore di lavoro e l'Ufficio del Lavoro per un inserimento efficace.

Fondamentali sono in questa fase le informazioni che possono essere fornite ai dirigenti, preposti, colleghi che dovranno accogliere il lavoratore, pur nel completo rispetto della privacy personale. Sapere con chiarezza ciò che uno può e non può fare e ciò perché, conoscere i problemi di relazione, mobilità e autonomia che la persona può presentare, al di là delle effettive capacità lavorative, facilita la comprensione reciproca e il superamento dei problemi che si possono creare.

È ben noto a tutti gli operatori che una buona rete di relazioni è strumento di incredibile efficacia nel garantire buoni inserimenti di situazioni anche particolarmente difficili.

Le convenzioni, tuttavia, seppure sempre più diffuse, sono ancora molto lontane dal coprire tutte le necessità, con una disomogeneità territoriale notevole.

Inoltre la convenzione funziona bene se in azienda sono presenti interlocutori validi: datore di lavoro o, il più delle volte, i dirigenti e preposti da lui delegati alla gestione del personale, i capi e i colleghi di lavoro e, da ultimo ma non certo per ultimo, il medico competente. La situazione ideale dovrebbe prevedere:

- forte motivazione del management e della line;
- disponibilità «informata» dei lavoratori;
- servizio di prevenzione multidisciplinare, affiatato, fortemente integrato nell'azienda, competente, motivato;
- disponibilità di risorse umane e economiche;
- disponibilità di tempo e strutture.

In particolare il medico d'azienda dovrebbe²³:

²³ Boschirolì G. - Anma Lombardia, *Stress Lavoro correlato: il ruolo del Medico competente, il ruolo dello Psal*, Seminario 30 ottobre 2010, Clinica del lavoro, Milano.

- esserci, come promotore di una corretta procedura di inserimento, come portatore di competenze specifiche per la definizione dei compiti lavorativi compatibili con la salute dell'invalide e le sue possibilità di lavoro. Non è una affermazione banale come potrebbe sembrare di primo acchito. In molte aziende il medico competente semplicemente non c'è, non essendo obbligatoria la sorveglianza sanitaria *ex lege*. Esistono inoltre ancora molte situazioni in cui il ruolo del medico è molto limitato, in una sorta di «mordi e fuggi» per eseguire le visite obbligatorie e poi sparire dal contesto aziendale;
- partecipare attivamente in *tutto* il processo di valutazione dei rischi, con approfondita conoscenza delle caratteristiche di tutte le situazioni lavorative, in particolare per quanto richiesto al lavoratore sul piano psico-fisico;
- avere la possibilità di utilizzare le conoscenze specifiche della situazione sanitaria dei lavoratori e dei risultati della sorveglianza sanitaria.

Chi opera da un po' di tempo sul campo sa bene come la realtà è troppo spesso molto lontana da questa situazione ideale: lontananza che è stata ancor più acuita dalla crisi economica.

Alcuni contesti particolari risultano ancor più in difficoltà:

- piccole imprese, per l'esiguità di risorse disponibili, la scarsa presenza anche temporale del medico, la carenza di cultura manageriale e, soprattutto, la scarsa disponibilità di diverse opportunità di lavoro. Persiste tra l'altro l'idea che nella piccola impresa i rischi siano più limitati e che quindi le procedure di valutazione e di conseguente conoscenza delle situazioni di lavoro debbano essere semplificate, se non ridotte alla semplice autocertificazione. Questo è assurdo: gli operatori sanno bene che i rischi maggiori si trovano spesso nelle realtà più semplici;
- per converso i grandi complessi industriali o di servizi possono presentare problemi opposti, per una organizzazione del lavoro molto complessa e con funzioni molto differenziate e difficoltà di buone relazioni umane;
- la sanità, la scuola, la Pubblica Amministrazione in genere presentano problemi molto peculiari, così come tutte le realtà che possano comportare uno stretto contatto con il pubblico;
- la presenza sempre più diffusa di lavori atipici (lavoro a somministrazione, contratti a termine, a progetto, appalti e cooperative di servizi, ecc.) con tutti i problemi relativi che ben conosciamo e che non possiamo certo approfondire in questa sede.

I rientri al lavoro dopo gravi infortuni presentano spesso gli stessi problemi, forse ancora più gravi, per una maggior difficoltà di una corretta reciproca informazione.

Troppo spesso l'infortunio viene chiuso in riferimento alle generiche possibilità di lavoro, senza tener presente le effettive condizioni specifiche della mansione del lavoratore.

Il problema viene semplicemente «scaricato» sul medico di azienda che si trova a esprimere spesso un giudizio di non idoneità, perché il lavoratore presenta dei postumi non compa-

tibili con la sua mansione, e con, non raramente, l'estrema difficoltà a trovare una nuova collocazione compatibile. Il più delle volte, quando è possibile, tutto si riduce in una ennesima ricaduta di infortunio.

È evidente che i colleghi Inail non hanno responsabilità personali: è il sistema che non funziona, proprio perché chi deve definire il rientro del lavoro ha pochissime possibilità di conoscere la situazione di lavoro stessa e si riferisce ad una capacità di lavoro del tutto generica che non sempre corrisponde alla realtà lavorativa del soggetto.

In conclusione, i punti critici per un corretto avviamento e inserimento al lavoro dei portatori di ridotte capacità lavorative possono così essere riassunti:

- definizione di un sistema con procedure chiare e concordate che definisca compiti e interrelazioni tra tutti gli attori: azienda (datore di lavoro, suoi collaboratori, medico competente), Ufficio del Lavoro, Inail, Commissione medica Asl;
- definizione di un sistema informativo che consenta un corretto flusso di dati, il più possibile standardizzati, che possano fornire le informazioni necessarie a tutti gli interessati, in particolare per permettere:
 - 1) agli enti pubblici di conoscere le situazioni lavorative delle aziende, specie in riferimento a quanto queste richiedono ai lavoratori addetti, in termini di compiti fisici e mentali;
 - 2) alle aziende, e in particolare al medico competente, di conoscere preliminarmente le caratteristiche sanitarie e lo stato di salute dei lavoratori in avviamento, in modo da poter definire preliminarmente quali compiti possono essere effettuati in azienda.

▼ Il metodo del «profilo di mansione» e «profilo sanitario»

Le informazioni necessarie alla corretta gestione dei lavoratori con ridotte capacità lavorative sono spesso ampie e disponibili, anzi talvolta addirittura ridondanti, ma difficilmente utilizzabili.

Le difficoltà maggiori si incontrano nella descrizione delle caratteristiche delle attività lavorative.

Il problema sembrerebbe superato con l'introduzione del Documento di Valutazione dei Rischi, che dovrebbe poter rendere facilmente accessibili queste informazioni; chi opera quotidianamente sul campo sa bene che la realtà non è affatto così!²⁴

Una delle difficoltà maggiori è quella di sintetizzare in alcuni strumenti semplici, pratici e funzionali la gran massa di informazioni dedotte dal Documento di Valutazione dei Rischi, redatti spesso in modo molto disomogeneo e con criteri del tutto difformi.

²⁴ Report finale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del d.lgs. n. 626/94 in Emilia-Romagna, Consiglio regionale Emilia Romagna, 2003. Si vedano anche analoghi rapporti di altre Regioni.

L'esperienza in azienda comporta spesso il doversi confrontare con «massa cartacea» di documenti scritti con enormi perdite di tempo e nascondimento effettivo delle informazioni essenziali.

Un metodo applicabile consiste nel codificare per gradi semi-quantitativi o per descrizioni standard i dati di valutazione degli agenti di rischio, compilando dei Profili ergonomici di mansione, comprendenti anche i dati quantitativi, espressi nelle classi individuate dalle legge per i rischi espressamente previsti dalla normativa, oppure determinati come percentuali rispetto a un valore limite noto (TLV ACGIH P.E.) o comunque prestabilito (livello di esposizione).

In pratica la definizione del profilo di mansione avviene sulla base di una valutazione semiquantitativa, codificata con modalità standard previste dal profilo stesso.

È utile inoltre che il profilo riporti una descrizione della mansione, della sua struttura, dei compiti e della struttura sociale. Ovviamente il profilo deve essere tenuto aggiornato nel tempo al cambiare delle condizioni di lavoro.

In questo modo il profilo ergonomico di mansione riporterà quali sono le «richieste» della situazione di lavoro nei confronti dei lavoratori ad essa adibiti.

Il punto cruciale è la scelta dei parametri da codificare, predeterminata per gli agenti normati, se presenti, non difficile per gli agenti di cui si hanno dati quantitativi, meno scontata per tutti gli altri. Al limite ogni situazione di lavoro presenta tali peculiarità per ciascuna delle quali si dovrebbero codificare parametri specifici.

Tuttavia i fattori che veramente possono incidere sullo stato di salute del lavoratore non sono moltissimi (per fortuna) e spesso sono presenti anche in realtà molto diverse. È possibile quindi ipotizzare profili che codifichino i principali agenti di tutta la fabbrica, spesso validi per tutto il settore, fatte salve situazioni del tutto particolari.

In questo modo diviene molto agevole comunicare a tutti gli utilizzatori quali sono le caratteristiche essenziali delle diverse situazioni di lavoro.

I medici che visitano il lavoratore (Inail, Asl e medico competente aziendale) devono a loro volta compilare un profilo sanitario che riporti gli stessi parametri considerati nel profilo ergonomico di mansione espressi come possibilità lavorative del soggetto. In pratica è una ulteriore evoluzione di quanto già esprimono le commissioni mediche come potenzialità di lavoro dell'invalido.

In questo modo è possibile comunicare le possibilità di lavoro di un soggetto senza alcuna violazione sostanziale dei dati sensibili tutelati dal segreto professionale e dalla normativa a tutela della privacy individuale.

Il confronto tra profilo ergonomico di mansione e profilo sanitario permette di affrontare correttamente il problema della compatibilità tra situazione di lavoro e stato di salute del lavoratore, in modo più esteso di quanto non consenta il mero giudizio formale di idoneità specifica alla mansione.

Poiché i due profili sono standard e perfettamente sovrapponibili, è possibile in ogni momento sapere quali mansioni sono compatibili con lo stato di salute di un lavoratore e quali lavoratori possono lavorare su una data mansione.

Sono possibili inoltre elaborazioni più complesse che possono evidenziare i possibili conflitti tra le caratteristiche di una data popolazione al lavoro e la situazione lavorativa, individuando le priorità di interventi migliorativi non solo in assoluto sulla base dei rischi evidenziati, ma anche e soprattutto in relazione alle caratteristiche di salute dei lavoratori.

Per semplificare con esempi un po' didascalici, è evidente che se in una mansione con un rischio anche molto modesto di movimentazione manuale dei carichi lavorano molte persone che hanno una limitazione importante al sollevamento e allo sforzo fisico dinamico, si rende necessario un intervento urgente.

Certo il metodo può sembrare impreciso e grossolano in confronto ad altre proposte molto più articolate e complesse, ma che hanno trovato insormontabili difficoltà applicative sul campo. Il metodo permette di non confinare il problema al mero giudizio di idoneità e allo stretto rapporto medico/lavoratore, coinvolgendo le altre funzioni aziendali e, per gli avviati obbligatori e rientri da infortuni, anche gli operatori esterni.

Certo occorre uno sforzo importante e professionalmente qualificato nella definizione dei criteri di standardizzazione, ma questo è proprio il punto di maggior forza del metodo, che permette con semplicità di confrontare dati di realtà anche molto diverse.

Alcune esperienze applicative aziendali che durano ormai da alcuni anni hanno mostrato risultati molto soddisfacenti.^{25 26}

Lascio immaginare la potenzialità di una banca dati che possenga i profili di mansione delle aziende del proprio territorio confrontabili direttamente con i profili sanitari degli invalidi da inviare al lavoro.

Le difficoltà e i problemi maggiori derivano da un approccio troppo ragionieristico e legato ai confronti numerici. Il metodo deve essere considerato una «bussola» di orientamento più che una ulteriore rigida formalità.

Un altro grave problema deriva dalle aspettative che specie i datori di lavoro e i lavoratori si pongono: il metodo è utile per definire con maggior chiarezza il problema e per dare alcuni contributi gestionali, ma non si può pretendere che sia la bacchetta magica per risolvere tutti i problemi.

Di seguito si propone un esempio di profilo di mansione e profilo sanitario predisposto per una azienda metalmeccanica.

²⁵ Orsi U., *Progetto di un sistema informativo per i servizi di prevenzione di una grande industria italiana*, Tesi di laurea, Politecnico di Milano, Facoltà di Ingegneria, relatori F.A. Schreiber, G. Boschioli.

²⁶ Boschioli G., *Il progetto di automazione del sistema informativo dei servizi di prevenzione in una grande impresa: analisi critica e stato di attuazione*, Tesi di specialità in medicina del lavoro, Università degli Studi di Milano, relatore G. Chiappino.

Norme per la compilazione dei profili

Caratteristiche	Grado			
	1	2	3	4
Organizzazione del lavoro	Autonomia organizzativa	Possibilità di variare la prestazione per periodi superiori al turno	Lavoro individuale o a squadra con produzione giornaliera prestabilita	Lavoro su linea ad avanzamento automatico
Turni	Un turno giornaliero	Due turni a rotazione	Tre turni a rotazione	Turni speciali
Posture	Libera	Prevalentemente seduta	Prevalentemente eretta	hcongna
Sforzo Fisico Dinamico	Indice Niosh e Snook e Ciriello			
Impegno Articolare	Indice OCRA			
Impegno Visivo	Modesto	Normale	Medio	Elevato
Rumore	Inferiore a 80 dB(A)	81 - 85 dB(A)	86 - 90 dB(A)	Oltre 90 dB(A)
Vibrazioni	0 - 30 % TLV	31 - 60% TLV	61 - 100% TLV	>TLV
Radiazioni non ionizzanti	0 - 30 % TLV	31 - 60% TLV	61 - 100% TLV	>TLV
Microclima (C = Caldo, F = Freddo)	Benessere termico	Disagio termico stagionale	Stress Termico	Lavori all'aperto
Agenti Chimici aerodispersi	0 - 30 % TLV	31 - 60% TLV	61 - 100% TLV	>TLV
Contatto Cutaneo	Inlevante, occasionale	Sistematico indiretto	Sistematico diretto < 50% turno di lavoro	Sistematico diretto > 50% turno di lavoro
Dispositivi Individuali di protezione	Scarpe	Guanti	Occhiali	Maschere

▼ Conclusioni

Una corretta gestione di tutte le problematiche relative alla gestione dei lavoratori con ridotte capacità lavorative, di cui gli invalidi collocati obbligatoriamente e da infortuni o malattie professionali costituiscono un aspetto rilevante del problema, ma non esaustivo, richiede il superamento di alcune barriere tra il mondo aziendale e gli altri attori, pubblici o privati.

Gli operatori, in particolare i medici competenti, devono avere una formazione specifica e precise competenze e conoscenze.

È indispensabile un sistema informativo ben organizzato e funzionale che permetta ad ogni operatore di accedere a tutte le informazioni che gli necessitano, sia nei riguardi delle caratteristiche e dei rischi delle attività lavorative, sia nei riguardi delle caratteristiche e dei problemi di salute dei lavoratori interessati.

Si propone il metodo dei profili di mansione e profili sanitari come strumento gestionale e di comunicazione tra le diverse parti interessate.



Allegati

77



Allegati

Decreto Ministeriale 12 luglio 2000

Approvazione di «Tabella delle menomazioni»; «Tabella indennizzo danno biologico»; «Tabella dei coefficienti», relative al danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Tabella dei coefficienti da utilizzare per la determinazione della percentuale di retribuzione da prendere a base per l'indennizzo delle conseguenze della menomazione, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n 38.

A

La menomazione non pregiudica gravemente né l'attività svolta né quelle della categoria di appartenenza.

Grado di menomazione: da 16% a 20% Coefficiente: 0,4

Grado di menomazione: da 21% a 25% Coefficiente: 0,5

B

La menomazione pregiudica gravemente o impedisce l'attività svolta, ma consente comunque altre attività della categoria di appartenenza anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno.

Grado di menomazione: da 26% a 35% Coefficiente: 0,6

Grado di menomazione: da 36% a 50% Coefficiente: 0,7

C

La menomazione consente soltanto lo svolgimento di attività lavorative diverse da quella svolta e da quelle della categoria di appartenenza, compatibili con le residue capacità psicofisiche anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno.

Grado di menomazione: da 51% a 70% Coefficiente: 0,8

Grado di menomazione: da 71% a 85% Coefficiente: 0,9

D

La menomazione impedisce qualunque attività lavorativa, o consente il reimpiego solo in attività che necessitano di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.

Grado di menomazione: da 86% a 100% Coefficiente: 1,0

Circolare Inail n. 57 del 4 agosto 2000 (estratto)

3.3.2.1. Caratteristiche della «Tabella dei coefficienti» e criteri di applicazione

La «Tabella dei coefficienti» è finalizzata a determinare uno dei fattori che incidono sulla quantificazione dell'indennizzo delle conseguenze patrimoniali della menomazione (gli altri fattori sono la retribuzione, il grado di menomazione accertato sulla base della nuova «Tabella delle menomazioni» e le corrispondenti aliquote ricavate dall'allegato n. 7 al Testo Unico).

Come detto nell'introduzione, in un sistema indennitario e di tutela sociale la determinazione e la quantificazione delle conseguenze patrimoniali della menomazione avviene attraverso parametri fissati per legge, non essendo possibile la prova caso per caso, né essendo il sistema finalizzato a risarcire il danno nella esatta misura in cui si è verificato.

Pertanto, la «Tabella dei coefficienti» è stata costruita dal legislatore con criteri che prescindono dalle specifiche e contingenti peculiarità delle effettive modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, nonché dalle concrete condizioni socio-economiche del mercato del lavoro.

In questa chiave vanno interpretati ed applicati i concetti di «attività svolta», «categoria di appartenenza» e «ricollocabilità».

Quanto all'«attività svolta», va preso in considerazione il tipo di attività nelle sue generali connotazioni, indipendentemente dalle condizioni contingenti e peculiari dell'organizzazione del lavoro in cui in concreto il danneggiato operava.

La nozione di «categoria di appartenenza» è definita espressamente dal legislatore e, comunque, contenendo il riferimento al «complesso delle attività adeguate...», è necessariamente da rapportare alla generale configurazione delle attività stesse.

Per quanto attiene alla «ricollocabilità», va osservato che il riferimento alla «possibilità che le residue capacità psicofisiche siano utilizzabili...» prescinde dall'effettivo ricollocamento e, quindi, la ricollocabilità va valutata con riguardo esclusivo alle potenzialità lavorative del soggetto, tenendo conto anche dei risultati degli interventi riabilitativi effettuati nonché dei benefici che il soggetto può ricavare dagli interventi di supporto ambientali e dai servizi di sostegno effettivamente fruibili.

La Tabella contiene una predeterminazione dei coefficienti in relazione a fasce di gradi di menomazione; ciò sulla base della presunzione che, con il crescere della gravità della menomazione, aumenti l'incidenza della menomazione stessa sulla capacità dell'infortunato di produrre reddito.

Tale presunzione, al fine di personalizzare l'indennizzo, può essere superata, con adeguata motivazione medico-legale, mediante l'attribuzione, in particolari casi, di un coefficiente previsto per una fascia di gradi superiore.

Per l'applicazione di un coefficiente superiore a quello predeterminato per legge in via pre-

suntiva, occorre attenersi ai principi ed ai concetti di «attività svolta», «categoria di appartenenza» e «ricollocabilità» così come sopra illustrati.

A conclusione del presente paragrafo, si richiama l'attenzione sui seguenti aspetti:

- è consentito attribuire coefficienti indicati in una fascia di gradi superiore ma «non inferiore»;
- è possibile attribuire, sempre motivatamente, un coefficiente indicato in una qualunque delle fasce superiori e, quindi, non necessariamente in quella immediatamente superiore;
- in sede di revisione, è possibile attribuire un più alto coefficiente per la prima volta, se non è stato già attribuito in precedenza; se invece lo è stato, è necessario che sia espressamente confermato (o revocato);
- per retribuzioni inferiori al minimale o superiori al massimale di legge, il coefficiente va applicato rispettivamente al minimale ed al massimale.

Legge 12 marzo 1999, n. 68

«Norme per il diritto al lavoro dei disabili»

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 68 del 23 marzo 1999 - Supplemento Ordinario n. 57

Capo I

Diritto al lavoro dei disabili

Art. 1.

(Collocamento dei disabili)

1. La presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Essa si applica:

- a) alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di *handicap* intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti approvata, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, dal Ministero della Sanità sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità;
 - b) alle persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (Inail) in base alle disposizioni vigenti;
 - c) alle persone non vedenti o sordomute, di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni;
 - d) alle persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al Testo Unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.
2. Agli effetti della presente legge si intendono per non vedenti coloro che sono colpiti da cecità assoluta o hanno un residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi, con eventuale correzione. Si intendono per sordomuti coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata.
3. Restano ferme le norme per i centralinisti telefonici non vedenti di cui alle leggi 14 luglio 1957, n. 594, e successive modificazioni, 28 luglio 1960, n. 778, 5 marzo 1965, n. 155, 11 aprile 1967, n. 231, 3 giugno 1971, n. 397, e 29 marzo 1985, n. 113, le norme per i massaggiatori e massofisioterapisti non vedenti di cui alle leggi 21 luglio 1961, n. 686, e 19 maggio 1971, n. 403, le norme per i terapisti della riabilitazione non vedenti di cui alla legge 11 gennaio 1994, n. 29, e le norme per gli insegnanti non vedenti di cui al-

l'articolo 61 della legge 20 maggio 1982, n. 270. Per l'assunzione obbligatoria dei sordomuti restano altresì ferme le disposizioni di cui agli articoli 6 e 7 della legge 13 marzo 1958, n. 308.

4. L'accertamento delle condizioni di disabilità di cui al presente articolo, che danno diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili, è effettuato dalle commissioni di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, secondo i criteri indicati nell'atto di indirizzo e coordinamento emanato dal Presidente del Consiglio dei Ministri entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1. Con il medesimo atto vengono stabiliti i criteri e le modalità per l'effettuazione delle visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante.

5. In considerazione dei criteri adottati, ai sensi del Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, per la valutazione e la verifica della residua capacità lavorativa derivante da infortunio sul lavoro e malattia professionale, ai fini dell'accertamento delle condizioni di disabilità è ritenuta sufficiente la presentazione di certificazione rilasciata dall'Inail.

6. Per i soggetti di cui al comma 1, lettera d), l'accertamento delle condizioni di disabilità che danno diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili continua ad essere effettuato ai sensi delle disposizioni del Testo Unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

7. I datori di lavoro, pubblici e privati, sono tenuti a garantire la conservazione del posto di lavoro a quei soggetti che, non essendo disabili al momento dell'assunzione, abbiano acquisito per infortunio sul lavoro o malattia professionale eventuali disabilità.

Art. 2.

(Collocamento mirato)

1. Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

Art. 3.

(Assunzioni obbligatorie. Quote di riserva)

1. I datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori appartenenti alle categorie di cui all'articolo 1 nella seguente misura:

- a) sette percento dei lavoratori occupati, se occupano più di 50 dipendenti;
- b) due lavoratori, se occupano da 36 a 50 dipendenti;
- c) un lavoratore, se occupano da 15 a 35 dipendenti.

2. Per i datori di lavoro privati che occupano da 15 a 35 dipendenti l'obbligo di cui al comma 1 si applica solo in caso di nuove assunzioni.
3. Per i partiti politici, le organizzazioni sindacali e le organizzazioni che, senza scopo di lucro, operano nel campo della solidarietà sociale, dell'assistenza e della riabilitazione, la quota di riserva si computa esclusivamente con riferimento al personale tecnico-esecutivo e svolgente funzioni amministrative e l'obbligo di cui al comma 1 insorge solo in caso di nuova assunzione.
4. Per i servizi di polizia, della protezione civile e della difesa nazionale, il collocamento dei disabili è previsto nei soli servizi amministrativi.
5. Gli obblighi di assunzione di cui al presente articolo sono sospesi nei confronti delle imprese che versano in una delle situazioni previste dagli articoli 1 e 3 della legge 23 luglio 1991, n. 223, e successive modificazioni, ovvero dall'articolo 1 del decreto-legge 30 ottobre 1984, n. 726, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 1984, n. 863; gli obblighi sono sospesi per la durata dei programmi contenuti nella relativa richiesta di intervento, in proporzione all'attività lavorativa effettivamente sospesa e per il singolo ambito provinciale. Gli obblighi sono sospesi inoltre per la durata della procedura di mobilità disciplinata dagli articoli 4 e 24 della legge 23 luglio 1991, n. 223, e successive modificazioni, e, nel caso in cui la procedura si concluda con almeno cinque licenziamenti, per il periodo in cui permane il diritto di precedenza all'assunzione previsto dall'articolo 8, comma 1, della stessa legge.
6. Agli enti pubblici economici si applica la disciplina prevista per i datori di lavoro privati.
7. Nella quota di riserva sono computati i lavoratori che vengono assunti ai sensi della legge 21 luglio 1961, n. 686, e successive modificazioni, nonché della legge 29 marzo 1985, n. 113, e della legge 11 gennaio 1994, n. 29.

Art. 4.

(Criteri di computo della quota di riserva)

1. Agli effetti della determinazione del numero di soggetti disabili da assumere, non sono computabili tra i dipendenti i lavoratori occupati ai sensi della presente legge ovvero con contratto a tempo determinato di durata non superiore a nove mesi, i soci di cooperative di produzione e lavoro, nonché i dirigenti. Per i lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato parziale si applicano le norme contenute nell'articolo 18, comma secondo, della legge 20 maggio 1970, n. 300, come sostituito dall'articolo 1 della legge 11 maggio 1990, n. 108.
2. Nel computo le frazioni percentuali superiori allo 0,50 sono considerate unità.
3. I lavoratori disabili dipendenti occupati a domicilio o con modalità di telelavoro, ai quali l'imprenditore affida una quantità di lavoro atta a procurare loro una prestazione continuativa corrispondente all'orario normale di lavoro in conformità alla disciplina di

cui all'articolo 11, secondo comma, della legge 18 dicembre 1973, n. 877, e a quella stabilita dal contratto collettivo nazionale applicato ai lavoratori dell'azienda che occupa il disabile a domicilio o attraverso il telelavoro, sono computati ai fini della copertura della quota di riserva.

4. I lavoratori che divengono inabili allo svolgimento delle proprie mansioni in conseguenza di infortunio o malattia non possono essere computati nella quota di riserva di cui all'articolo 3 se hanno subito una riduzione della capacità lavorativa inferiore al 60 per cento o, comunque, se sono divenuti inabili a causa dell'inadempimento da parte del datore di lavoro, accertato in sede giurisdizionale, delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro. Per i predetti lavoratori l'infortunio o la malattia non costituiscono giustificato motivo di licenziamento nel caso in cui essi possano essere adibiti a mansioni equivalenti ovvero, in mancanza, a mansioni inferiori. Nel caso di destinazione a mansioni inferiori essi hanno diritto alla conservazione del più favorevole trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza. Qualora per i predetti lavoratori non sia possibile l'assegnazione a mansioni equivalenti o inferiori, gli stessi vengono avviati, dagli uffici competenti di cui all'articolo 6, comma 1, presso altra azienda, in attività compatibili con le residue capacità lavorative, senza inserimento nella graduatoria di cui all'articolo 8.

5. Le disposizioni di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 25 ottobre 1981, n. 738, si applicano anche al personale militare e della protezione civile.

6. Qualora si renda necessaria, ai fini dell'inserimento mirato, una adeguata riqualificazione professionale, le Regioni possono autorizzare, con oneri a proprio carico, lo svolgimento delle relative attività presso la stessa azienda che effettua l'assunzione oppure affidarne lo svolgimento, mediante convenzioni, alle associazioni nazionali di promozione, tutela e rappresentanza, di cui all'articolo 115 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e successive modificazioni, che abbiano le adeguate competenze tecniche, risorse e disponibilità, agli istituti di formazione che di tali associazioni siano emanazione, purché in possesso dei requisiti previsti dalla legge 21 dicembre 1978, n. 845, nonché ai soggetti di cui all'articolo 18 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. Ai fini del finanziamento delle attività di riqualificazione professionale e della corrispondente assistenza economica ai mutilati ed invalidi del lavoro, l'addizionale di cui al primo comma dell'articolo 181 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, detratta le spese per l'assegno di incollocabilità previsto dall'articolo 180 dello stesso Testo Unico, per l'assegno speciale di cui alla legge 5 maggio 1976, n. 248, e per il fondo per l'addestramento professionale dei lavoratori, di cui all'articolo 62 della legge 29 aprile 1949, n. 264, è attribuita alle Regioni, secondo parametri predisposti dal Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, di seguito denominata «Conferenza unificata».

Art. 5.

(Esclusioni, esoneri parziali e contributi esonerativi)

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da emanare entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia, che esprimono il parere entro trenta giorni dalla data di trasmissione dello schema di decreto, e la Conferenza unificata, sono individuate le mansioni che, in relazione all'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche e dagli enti pubblici non economici, non consentono l'occupazione di lavoratori disabili o la consentono in misura ridotta. Il predetto decreto determina altresì la misura della eventuale riduzione.
2. I datori di lavoro pubblici e privati che operano nel settore del trasporto pubblico aereo, marittimo e terrestre non sono tenuti, per quanto concerne il personale viaggiante e navigante, all'osservanza dell'obbligo di cui all'articolo 3. Sono altresì esentati dal predetto obbligo i datori di lavoro pubblici e privati del solo settore degli impianti a fune, in relazione al personale direttamente adibito alle aree operative di esercizio e regolarità dell'attività di trasporto.
3. I datori di lavoro privati e gli enti pubblici economici che, per le speciali condizioni della loro attività, non possono occupare l'intera percentuale dei disabili, possono, a domanda, essere parzialmente esonerati dall'obbligo dell'assunzione, alla condizione che versino al Fondo regionale per l'occupazione dei disabili di cui all'articolo 14 un contributo esonerativo per ciascuna unità non assunta, nella misura di lire 25.000 per ogni giorno lavorativo per ciascun lavoratore disabile non occupato.
4. Con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, da emanare entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1, sentita la Conferenza unificata e sentite altresì le Commissioni parlamentari competenti per materia, che esprimono il loro parere con le modalità di cui al comma 1, sono disciplinati i procedimenti relativi agli esoneri parziali dagli obblighi occupazionali, nonché i criteri e le modalità per la loro concessione, che avviene solo in presenza di adeguata motivazione.
5. In caso di omissione totale o parziale del versamento dei contributi di cui al presente articolo, la somma dovuta può essere maggiorata, a titolo di sanzione amministrativa, dal 5 per cento al 24 per cento su base annua. La riscossione è disciplinata secondo i criteri previsti al comma 7.
6. Gli importi dei contributi e della maggiorazione di cui al presente articolo sono adeguati ogni cinque anni con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, sentita la Conferenza unificata.
7. Le Regioni, entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1, determinano i criteri e le modalità relativi al pagamento, alla riscossione e al versamento, al Fondo regionale per l'occupazione dei disabili di cui all'articolo 14, delle somme di cui al presente articolo.

8. I datori di lavoro, pubblici e privati, possono essere autorizzati, su loro motivata richiesta, ad assumere in un'unità produttiva un numero di lavoratori aventi diritto al collocamento obbligatorio superiore a quello prescritto, portando le eccedenze a compenso del minor numero di lavoratori assunti in altre unità produttive della medesima Regione. Per i datori di lavoro privati la compensazione può essere operata in riferimento ad unità produttive ubicate in Regioni diverse.

Capo II

Servizi del collocamento obbligatorio

Art. 6.

*(Servizi per l'inserimento lavorativo dei disabili e modifiche al decreto legislativo
23 dicembre 1997, n. 469)*

1. Gli organismi individuati dalle Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, di seguito denominati «uffici competenti», provvedono, in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio, secondo le specifiche competenze loro attribuite, alla programmazione, all'attuazione, alla verifica degli interventi volti a favorire l'inserimento dei soggetti di cui alla presente legge nonché all'avviamento lavorativo, alla tenuta delle liste, al rilascio delle autorizzazioni, degli esoneri e delle compensazioni territoriali, alla stipula delle convenzioni e all'attuazione del collocamento mirato.

2. All'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) le parole: «maggiormente rappresentative» sono sostituite dalle seguenti: «comparativamente più rappresentative»;
- b) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Nell'ambito di tale organismo è previsto un comitato tecnico composto da funzionari ed esperti del settore sociale e medico-legale e degli organismi individuati dalle Regioni ai sensi dell'articolo 4 del presente decreto, con particolare riferimento alla materia delle inabilità, con compiti relativi alla valutazione delle residue capacità lavorative, alla definizione degli strumenti e delle prestazioni atti all'inserimento e alla predisposizione dei controlli periodici sulla permanenza delle condizioni di inabilità. Agli oneri per il funzionamento del comitato tecnico si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa per il funzionamento della commissione di cui al comma 1».

Capo III

Avviamento al lavoro

Art. 7.

(Modalità delle assunzioni obbligatorie)

1. Ai fini dell'adempimento dell'obbligo previsto dall'articolo 3 i datori di lavoro assumono i lavoratori facendone richiesta di avviamento agli uffici competenti ovvero attra-

- verso la stipula di convenzioni ai sensi dell'articolo 11. Le richieste sono nominative per:
- a) le assunzioni cui sono tenuti i datori di lavoro che occupano da 15 a 35 dipendenti, nonché i partiti politici, le organizzazioni sindacali e sociali e gli enti da essi promossi;
 - b) il 50 per cento delle assunzioni cui sono tenuti i datori di lavoro che occupano da 36 a 50 dipendenti;
 - c) il 60 per cento delle assunzioni cui sono tenuti i datori di lavoro che occupano più di 50 dipendenti.

2. I datori di lavoro pubblici effettuano le assunzioni in conformità a quanto previsto dall'articolo 36, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come modificato dall'articolo 22, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80, salva l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 11 della presente legge. Per le assunzioni di cui all'articolo 36, comma 1, lettera a), del predetto decreto legislativo n. 29 del 1993, e successive modificazioni, i lavoratori disabili iscritti nell'elenco di cui all'articolo 8, comma 2, della presente legge hanno diritto alla riserva dei posti nei limiti della complessiva quota d'obbligo e fino al cinquanta per cento dei posti messi a concorso.

3. La Banca d'Italia e l'Ufficio italiano dei cambi, che esercitano le funzioni di vigilanza sul sistema creditizio e in materia valutaria, procedono alle assunzioni di cui alla presente legge mediante pubblica selezione, effettuata anche su base nazionale.

Art. 8.

(Elenchi e graduatorie)

1. Le persone di cui al comma 1 dell'articolo 1, che risultano disoccupate e aspirano ad una occupazione conforme alle proprie capacità lavorative, si iscrivono nell'apposito elenco tenuto dagli uffici competenti; per ogni persona, l'organismo di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, come modificato dall'articolo 6 della presente legge, annota in una apposita scheda le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché la natura e il grado della minorazione e analizza le caratteristiche dei posti da assegnare ai lavoratori disabili, favorendo l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Gli uffici competenti provvedono al collocamento delle persone di cui al primo periodo del presente comma alle dipendenze dei datori di lavoro.

2. Presso gli uffici competenti è istituito un elenco, con unica graduatoria, dei disabili che risultano disoccupati; l'elenco e la graduatoria sono pubblici e vengono formati applicando i criteri di cui al comma 4. Dagli elementi che concorrono alla formazione della graduatoria sono escluse le prestazioni a carattere risarcitorio percepite in conseguenza della perdita della capacità lavorativa.

3. Gli elenchi e le schede di cui ai commi 1 e 2 sono formati nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 7 e 22 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni.

4. Le Regioni definiscono le modalità di valutazione degli elementi che concorrono alla

formazione della graduatoria di cui al comma 2 sulla base dei criteri indicati dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 1, comma 4.

5. I lavoratori disabili, licenziati per riduzione di personale o per giustificato motivo oggettivo, mantengono la posizione in graduatoria acquisita all'atto dell'inserimento nell'azienda.

Art. 9.

(Richieste di avviamento)

1. I datori di lavoro devono presentare agli uffici competenti la richiesta di assunzione entro sessanta giorni dal momento in cui sono obbligati all'assunzione dei lavoratori disabili.

2. In caso di impossibilità di avviare lavoratori con la qualifica richiesta, o con altra concordata con il datore di lavoro, gli uffici competenti avviano lavoratori di qualifiche simili, secondo l'ordine di graduatoria e previo addestramento o tirocinio da svolgere anche attraverso le modalità previste dall'articolo 12.

3. La richiesta di avviamento al lavoro si intende presentata anche attraverso l'invio agli uffici competenti dei prospetti informativi di cui al comma 6 da parte dei datori di lavoro.

4. I disabili psichici vengono avviati su richiesta nominativa mediante le convenzioni di cui all'articolo 11. I datori di lavoro che effettuano le assunzioni ai sensi del presente comma hanno diritto alle agevolazioni di cui all'articolo 13.

5. Gli uffici competenti possono determinare procedure e modalità di avviamento mediante chiamata con avviso pubblico e con graduatoria limitata a coloro che aderiscono alla specifica occasione di lavoro; la chiamata per avviso pubblico può essere definita anche per singoli ambiti territoriali e per specifici settori.

6. I datori di lavoro, pubblici e privati, soggetti alle disposizioni della presente legge sono tenuti ad inviare agli uffici competenti un prospetto dal quale risultino il numero complessivo dei lavoratori dipendenti, il numero ed i nominativi dei lavoratori computabili nella quota di riserva di cui all'articolo 3, nonché i posti di lavoro e le mansioni disponibili per i lavoratori di cui all'articolo 1. Il Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, sentita la Conferenza unificata, stabilisce con proprio decreto, da emanare entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1, la periodicità dell'invio dei prospetti e può altresì disporre che i prospetti contengano altre informazioni utili per l'applicazione della disciplina delle assunzioni obbligatorie. I prospetti sono pubblici. Gli uffici competenti, al fine di rendere effettivo il diritto di accesso ai predetti documenti amministrativi, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241, dispongono la loro consultazione nelle proprie sedi, negli spazi disponibili aperti al pubblico.

7. Ove l'inserimento richieda misure particolari, il datore di lavoro può fare richiesta di collocamento mirato agli uffici competenti, ai sensi degli articoli 5 e 17 della legge 28 feb-

braio 1987, n. 56, nel caso in cui non sia stata stipulata una convenzione d'integrazione lavorativa di cui all'articolo 11, comma 4, della presente legge.

8. Qualora l'azienda rifiuti l'assunzione del lavoratore invalido ai sensi del presente articolo, la Direzione provinciale del lavoro redige un verbale che trasmette agli uffici competenti ed all'autorità giudiziaria.

Art. 10.

(Rapporto di lavoro dei disabili obbligatoriamente assunti)

1. Ai lavoratori assunti a norma della presente legge si applica il trattamento economico e normativo previsto dalle leggi e dai contratti collettivi.
2. Il datore di lavoro non può chiedere al disabile una prestazione non compatibile con le sue minorazioni.
3. 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. Qualora si riscontri una condizione di aggravamento che, sulla base dei criteri definiti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 1, comma 4, sia incompatibile con la prosecuzione dell'attività lavorativa, o tale incompatibilità sia accertata con riferimento alla variazione dell'organizzazione del lavoro, il disabile ha diritto alla sospensione non retribuita del rapporto di lavoro fino a che l'incompatibilità persista. Durante tale periodo il lavoratore può essere impiegato in tirocinio formativo. Gli accertamenti sono effettuati dalla commissione di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, integrata a norma dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 1, comma 4, della presente legge, che valuta sentito anche l'organismo di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, come modificato dall'articolo 6 della presente legge. La richiesta di accertamento e il periodo necessario per il suo compimento non costituiscono causa di sospensione del rapporto di lavoro. Il rapporto di lavoro può essere risolto nel caso in cui, anche attuando i possibili adattamenti dell'organizzazione del lavoro, la predetta commissione accerti la definitiva impossibilità di reinserire il disabile all'interno dell'azienda.
4. Il recesso di cui all'articolo 4, comma 9, della legge 23 luglio 1991, n. 223, ovvero il licenziamento per riduzione di personale o per giustificato motivo oggettivo, esercitato nei confronti del lavoratore occupato obbligatoriamente, sono annullabili qualora, nel momento della cessazione del rapporto, il numero dei rimanenti lavoratori occupati obbligatoriamente sia inferiore alla quota di riserva prevista all'articolo 3 della presente legge.
5. In caso di risoluzione del rapporto di lavoro, il datore di lavoro è tenuto a darne comunicazione, nel termine di dieci giorni, agli uffici competenti, al fine della sostituzione del lavoratore con altro avente diritto all'avviamento obbligatorio.

6. La Direzione provinciale del lavoro, sentiti gli uffici competenti, dispone la decadenza dal diritto all'indennità di disoccupazione ordinaria e la cancellazione dalle liste di collocamento per un periodo di sei mesi del lavoratore che per due volte consecutive, senza giustificato motivo, non risponda alla convocazione ovvero rifiuti il posto di lavoro offerto corrispondente ai suoi requisiti professionali e alle disponibilità dichiarate all'atto della iscrizione o reinscrizione nelle predette liste.

Capo IV

Convenzioni e incentivi

Art. 11.

(Convenzioni e convenzioni di integrazione lavorativa)

1. Al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili, gli uffici competenti, sentito l'organismo di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, come modificato dall'articolo 6 della presente legge, possono stipulare con il datore di lavoro convenzioni aventi ad oggetto la determinazione di un programma mirante al conseguimento degli obiettivi occupazionali di cui alla presente legge.
2. Nella convenzione sono stabiliti i tempi e le modalità delle assunzioni che il datore di lavoro si impegna ad effettuare. Tra le modalità che possono essere convenute vi sono anche la facoltà della scelta nominativa, lo svolgimento di tirocini con finalità formative o di orientamento, l'assunzione con contratto di lavoro a termine, lo svolgimento di periodi di prova più ampi di quelli previsti dal contratto collettivo, purché l'esito negativo della prova, qualora sia riferibile alla menomazione da cui è affetto il soggetto, non costituisca motivo di risoluzione del rapporto di lavoro.
3. La convenzione può essere stipulata anche con datori di lavoro che non sono obbligati alle assunzioni ai sensi della presente legge.
4. Gli uffici competenti possono stipulare con i datori di lavoro convenzioni di integrazione lavorativa per l'avviamento di disabili che presentino particolari caratteristiche e difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario.
5. Gli uffici competenti promuovono ed attuano ogni iniziativa utile a favorire l'inserimento lavorativo dei disabili anche attraverso convenzioni con le cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381, e con i consorzi di cui all'articolo 8 della stessa legge, nonché con le organizzazioni di volontariato iscritte nei registri regionali di cui all'articolo 6 della legge 11 agosto 1991, n. 266, e comunque con gli organismi di cui agli articoli 17 e 18 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero con altri soggetti pubblici e privati idonei a contribuire alla realizzazione degli obiettivi della presente legge.
6. L'organismo di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, come modificato dall'articolo 6 della presente legge, può proporre l'adozione di deroghe ai limiti di età e di durata dei contratti di formazione-lavoro e di apprendistato,

per le quali trovano applicazione le disposizioni di cui al comma 3 ed al primo periodo del comma 6 dell'articolo 16 del decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 451. Tali deroghe devono essere giustificate da specifici progetti di inserimento mirato.

7. Oltre a quanto previsto al comma 2, le convenzioni di integrazione lavorativa devono:

- a) indicare dettagliatamente le mansioni attribuite al lavoratore disabile e le modalità del loro svolgimento;
- b) prevedere le forme di sostegno, di consulenza e di tutoraggio da parte degli appositi servizi regionali o dei centri di orientamento professionale e degli organismi di cui all'articolo 18 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, al fine di favorire l'adattamento al lavoro del disabile;
- c) prevedere verifiche periodiche sull'andamento del percorso formativo inerente la convenzione di integrazione lavorativa, da parte degli enti pubblici incaricati delle attività di sorveglianza e controllo.

Art. 12.

(Cooperative sociali)

1. Ferme restando le disposizioni di cui agli articoli 9 e 11, gli uffici competenti possono stipulare con i datori di lavoro privati soggetti agli obblighi di cui all'articolo 3, con le cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381, e successive modificazioni, e con i disabili liberi professionisti, anche se operanti con ditta individuale, apposite convenzioni finalizzate all'inserimento temporaneo dei disabili appartenenti alle categorie di cui all'articolo 1 presso le cooperative sociali stesse, ovvero presso i citati liberi professionisti, ai quali i datori di lavoro si impegnano ad affidare commesse di lavoro. Tali convenzioni, non ripetibili per lo stesso soggetto, salvo diversa valutazione del comitato tecnico di cui al comma 2, lettera b), dell'articolo 6, non possono riguardare più di un lavoratore disabile, se il datore di lavoro occupa meno di 50 dipendenti, ovvero più del 30 per cento dei lavoratori disabili da assumere ai sensi dell'articolo 3, se il datore di lavoro occupa più di 50 dipendenti.

2. La convenzione è subordinata alla sussistenza dei seguenti requisiti:

- a) contestuale assunzione a tempo indeterminato del disabile da parte del datore di lavoro;
- b) copertura dell'aliquota d'obbligo di cui all'articolo 3 attraverso l'assunzione di cui alla lettera a);
- c) impiego del disabile presso la cooperativa sociale ovvero presso il libero professionista di cui al comma 1, con oneri retributivi, previdenziali e assistenziali a carico di questi ultimi, per tutta la durata della convenzione, che non può eccedere i dodici mesi, prorogabili di ulteriori dodici mesi da parte degli uffici competenti;
- d) indicazione nella convenzione dei seguenti elementi:

- 1) l'ammontare delle commesse che il datore di lavoro si impegna ad affidare alla cooperativa ovvero al libero professionista di cui al comma 1; tale ammontare non deve essere inferiore a quello che consente alla cooperativa stessa ovvero al libero professionista di cui al comma 1 di applicare la parte normativa e retributiva dei contratti collettivi nazionali di lavoro, ivi compresi gli oneri previdenziali e assistenziali, e di svolgere le funzioni finalizzate all'inserimento lavorativo dei disabili;
 - 2) i nominativi dei soggetti da inserire ai sensi del comma 1;
 - 3) l'indicazione del percorso formativo personalizzato.
3. Alle convenzioni di cui al presente articolo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni dell'articolo 11, comma 7.
4. Gli uffici competenti possono stipulare con i datori di lavoro privati soggetti agli obblighi di cui all'articolo 3 e con le cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381, e successive modificazioni, apposite convenzioni finalizzate all'inserimento lavorativo temporaneo dei detenuti disabili.

Art. 13.

(Agevolazioni per le assunzioni)

1. Attraverso le convenzioni di cui all'articolo 11, gli uffici competenti possono concedere ai datori di lavoro privati, sulla base dei programmi presentati e nei limiti delle disponibilità del Fondo di cui al comma 4 del presente articolo:
- a) la fiscalizzazione totale, per la durata massima di otto anni, dei contributi previdenziali ed assistenziali relativi ad ogni lavoratore disabile che, assunto in base alla presente legge, abbia una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79 per cento o minorazioni ascritte dalla prima alla terza categoria di cui alle tabelle annesse al Testo Unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni; la medesima fiscalizzazione viene concessa in relazione ai lavoratori con *handicap* intellettuale e psichico, assunti in base alla presente legge, indipendentemente dalle percentuali di invalidità, previa definizione da parte delle regioni di criteri generali che consentano di contenere gli oneri a tale titolo nei limiti del 10 per cento della quota di loro competenza a valere sulle risorse annue di cui al comma 4 e con indicazione delle modalità di utilizzo delle risorse eventualmente non impiegate;
 - b) la fiscalizzazione nella misura del 50 per cento, per la durata massima di cinque anni, dei contributi previdenziali ed assistenziali relativi ad ogni lavoratore disabile che, assunto in base alla presente legge, abbia una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67 per cento e il 79 per cento o minorazioni ascritte dalla quarta alla sesta categoria di cui alle tabelle citate nella lettera a);
 - c) il rimborso forfettario parziale delle spese necessarie alla trasformazione del posto di lavoro per renderlo adeguato alle possibilità operative dei disabili con riduzione della ca-

pacità lavorativa superiore al 50 per cento o per l'apprestamento di tecnologie di telelavoro ovvero per la rimozione delle barriere architettoniche che limitano in qualsiasi modo l'integrazione lavorativa del disabile.

2. Le agevolazioni di cui al comma 1 sono estese anche ai datori di lavoro che, pur non essendo soggetti agli obblighi della presente legge, procedono all'assunzione di disabili.
3. Il datore di lavoro che, attraverso le convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 11, assicura ai soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 1 la possibilità di svolgere attività di tirocinio finalizzata all'assunzione, per un periodo fino ad un massimo di dodici mesi, rinnovabili per una sola volta, assolve per la durata relativa l'obbligo di assunzione. I datori di lavoro sono tenuti ad assicurare i tirocinanti contro gli infortuni sul lavoro, mediante convenzioni con l'Inail, e per la responsabilità civile. I relativi oneri sono posti a carico del Fondo di cui al comma 4.
4. Per le finalità di cui al presente articolo è istituito presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale il Fondo per il diritto al lavoro dei disabili, per il cui finanziamento è autorizzata la spesa di lire 40 miliardi per l'anno 1999 e lire 60 miliardi a decorrere dall'anno 2000.
5. Dopo cinque anni, gli uffici competenti sottopongono a verifica la prosecuzione delle agevolazioni di cui al comma 1 del presente articolo.
6. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a lire 40 miliardi per l'anno 1999 e a lire 60 miliardi annue a decorrere dall'anno 2000, si provvede mediante corrispondente utilizzo dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 29-*quater* del decreto-legge 31 dicembre 1996, n. 669, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1997, n. 30. Le somme non impegnate nell'esercizio di competenza possono esserlo in quelli successivi.
7. Il Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.
8. Con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, da emanare entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1, di concerto con il Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, sentita la Conferenza unificata, sono indicati i criteri e le modalità per la ripartizione fra le Regioni delle disponibilità del Fondo di cui al comma 4, nonché la disciplina dei procedimenti per la concessione delle agevolazioni di cui al comma 1.
9. Il governo della Repubblica, entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, procede ad una verifica degli effetti delle disposizioni del presente articolo e ad una valutazione dell'adeguatezza delle risorse finanziarie ivi previste.

Art. 14.

(Fondo regionale per l'occupazione dei disabili)

1. Le Regioni istituiscono il Fondo regionale per l'occupazione dei disabili, di seguito de-

nominato «Fondo», da destinare al finanziamento dei programmi regionali di inserimento lavorativo e dei relativi servizi.

2. Le modalità di funzionamento e gli organi amministrativi del Fondo sono determinati con legge regionale, in modo tale che sia assicurata una rappresentanza paritetica dei lavoratori, dei datori di lavoro e dei disabili.

3. Al Fondo sono destinati gli importi derivanti dalla irrogazione delle sanzioni amministrative previste dalla presente legge ed i contributi versati dai datori di lavoro ai sensi della presente legge, nonché il contributo di fondazioni, enti di natura privata e soggetti comunque interessati.

4. Il Fondo eroga:

- a) contributi agli enti indicati nella presente legge, che svolgano attività rivolta al sostegno e all'integrazione lavorativa dei disabili;
- b) contributi aggiuntivi rispetto a quelli previsti dall'articolo 13, comma 1, lettera c);
- c) ogni altra provvidenza in attuazione delle finalità della presente legge.

Capo V

Sanzioni e disposizioni finali e transitorie

Art. 15.

(Sanzioni)

1. Le imprese private e gli enti pubblici economici che non adempiano agli obblighi di cui all'articolo 9, comma 6, sono soggetti alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma di lire 1.000.000 per ritardato invio del prospetto, maggiorata di lire 50.000 per ogni giorno di ulteriore ritardo.

2. Le sanzioni amministrative previste dalla presente legge sono disposte dalle Direzioni provinciali del lavoro e i relativi introiti sono destinati al Fondo di cui all'articolo 14.

3. Ai responsabili, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241, di inadempienze di pubbliche amministrazioni alle disposizioni della presente legge si applicano le sanzioni penali, amministrative e disciplinari previste dalle norme sul pubblico impiego.

4. Trascorsi sessanta giorni dalla data in cui insorge l'obbligo di assumere soggetti appartenenti alle categorie di cui all'articolo 1, per ogni giorno lavorativo durante il quale risulti non coperta, per cause imputabili al datore di lavoro, la quota dell'obbligo di cui all'articolo 3, il datore di lavoro stesso è tenuto al versamento, a titolo di sanzione amministrativa, al Fondo di cui all'articolo 14, di una somma pari a lire 100.000 al giorno per ciascun lavoratore disabile che risulta non occupato nella medesima giornata.

5. Le somme di cui ai commi 1 e 4 sono adeguate ogni cinque anni con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale.

Art. 16.

(Concorsi presso le pubbliche amministrazioni)

1. Ferme restando le disposizioni di cui agli articoli 3, comma 4, e 5, comma 1, i disabili

possono partecipare a tutti i concorsi per il pubblico impiego, da qualsiasi amministrazione pubblica siano banditi. A tal fine i bandi di concorso prevedono speciali modalità di svolgimento delle prove di esame per consentire ai soggetti suddetti di concorrere in effettive condizioni di parità con gli altri.

2. I disabili che abbiano conseguito le idoneità nei concorsi pubblici possono essere assunti, ai fini dell'adempimento dell'obbligo di cui all'articolo 3, anche se non versino in stato di disoccupazione e oltre il limite dei posti ad essi riservati nel concorso.

3. Salvi i requisiti di idoneità specifica per singole funzioni, sono abrogate le norme che richiedono il requisito della sana e robusta costituzione fisica nei bandi di concorso per il pubblico impiego.

Art. 17.

(Obbligo di certificazione)

1. Le imprese, sia pubbliche sia private, qualora partecipino a bandi per appalti pubblici o intrattengano rapporti convenzionali o di concessione con pubbliche amministrazioni, sono tenute a presentare preventivamente alle stesse la dichiarazione del legale rappresentante che attesti di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, nonché apposita certificazione rilasciata dagli uffici competenti dalla quale risulti l'ottemperanza alle norme della presente legge, pena l'esclusione.

Art. 18.

(Disposizioni transitorie e finali)

1. I soggetti già assunti ai sensi delle norme sul collocamento obbligatorio sono mantenuti in servizio anche se superano il numero di unità da occupare in base alle aliquote stabilite dalla presente legge e sono computati ai fini dell'adempimento dell'obbligo stabilito dalla stessa.

2. In attesa di una disciplina organica del diritto al lavoro degli orfani e dei coniugi superstiti di coloro che siano deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio, ovvero in conseguenza dell'aggravarsi dell'invalidità riportata per tali cause, nonché dei coniugi e dei figli di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra, di servizio e di lavoro e dei profughi italiani rimpatriati, il cui *status* è riconosciuto ai sensi della legge 26 dicembre 1981, n. 763, è attribuita in favore di tali soggetti una quota di riserva, sul numero di dipendenti dei datori di lavoro pubblici e privati che occupano più di cinquanta dipendenti, pari a un punto percentuale e determinata secondo la disciplina di cui all'articolo 3, commi 3, 4 e 6, e all'articolo 4, commi 1, 2 e 3, della presente legge. La predetta quota è pari ad un'unità per i datori di lavoro, pubblici e privati, che occupano da cinquantuno a centocinquanta dipendenti. Le assunzioni sono effettuate con le modalità di cui all'articolo 7, comma 1. Il regolamento di cui all'articolo 20 stabilisce le relative norme di attuazione.

3. Per un periodo di ventiquattro mesi a decorrere dalla data di cui all'articolo 23, comma 1, gli invalidi del lavoro ed i soggetti di cui all'articolo 4, comma 5, che alla medesi-

ma data risultino iscritti nelle liste di cui alla legge 2 aprile 1968, n. 482, e successive modificazioni, sono avviati al lavoro dagli uffici competenti senza necessità di inserimento nella graduatoria di cui all'articolo 8, comma 2. Ai medesimi soggetti si applicano le disposizioni dell'articolo 4, comma 6.

Art. 19.

(Regioni a statuto speciale e Province autonome)

1. Sono fatte salve le competenze legislative nelle materie di cui alla presente legge delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 20.

(Regolamento di esecuzione)

1. Entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1, sono emanate, sentita la Conferenza unificata, norme di esecuzione, aventi carattere generale, cui le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si conformano, nell'ambito delle rispettive competenze, ai fini dell'attuazione delle disposizioni della presente legge.

Art. 21.

(Relazione al Parlamento)

1. Il Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale ogni due anni, entro il 30 giugno, presenta al Parlamento una relazione sullo stato di attuazione della presente legge, sulla base dei dati che le Regioni annualmente, entro il mese di marzo, sono tenute ad inviare al ministro stesso.

Art. 22.

(Abrogazioni)

1. Sono abrogati:

- a) la legge 2 aprile 1968, n. 482, e successive modificazioni;
- b) l'articolo 12 della legge 13 agosto 1980, n. 466;
- c) l'articolo 13 della legge 26 dicembre 1981, n. 763;
- d) l'articolo 9 del decreto-legge 29 gennaio 1983, n. 17, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 marzo 1983, n. 79;
- e) l'articolo 9 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638;
- f) l'articolo 14 della legge 20 ottobre 1990, n. 302.

Art. 23.

(Entrata in vigore)

1. Le disposizioni di cui agli articoli 1, comma 4, 5, commi 1, 4 e 7, 6, 9, comma 6, secondo periodo, 13, comma 8, 18, comma 3, e 20 entrano in vigore il giorno successivo a quello di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*.

2. Le restanti disposizioni della presente legge entrano in vigore dopo trecento giorni dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Estratto 1

dalla Quinta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione
della legge 12 marzo 1999, n. 68, «Norme per il diritto al lavoro dei disabili»
anni 2008-2009

a cura del direttore generale della Direzione generale Mercato del lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, realizzata sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni al Ministero, ai sensi dell'articolo 21 della legge 68/99, e dell'attività di indagine curata dall'Isfol, ai sensi della convenzione Isfol-Ministero

La Quinta Relazione al Parlamento sulla legge 68/99 restituisce le periodiche informazioni sullo stato di attuazione delle Norme sul diritto al lavoro dei disabili nel corso di un anno contraddistinto dalle conseguenze della crisi economica e da importanti segnali di attenzione rivolti al mondo della disabilità.

(omissis)

Il primo dato significativo riguarda *il calo degli iscritti disabili* agli elenchi tenuti dagli uffici competenti provinciali, con una contrazione di oltre 15.000 unità nel biennio, per un totale di 721.827 disabili nel 2008 e 706.568 nel 2009. In questo caso, la diminuzione del volume delle iscrizioni, più che determinata da un effetto scoraggiamento, pare essere un adeguamento delle liste alla effettiva volontà di cercare lavoro, in quanto la modifica della legge 118/71 consente ai percettori di assegni di invalidità di autocertificare la propria condizione di disoccupazione. Per quanto riguarda il totale dei soggetti aventi diritto (iscritti disabili ed ex art. 18), al 31 dicembre del 2008 si registrava un totale di 769.598 unità iscritte agli elenchi unici provinciali, cifra superiore di quasi 1.204 individui rispetto all'anno precedente. Nel 2009 il totale degli iscritti subisce una contrazione di 18.313 unità.

La distribuzione nelle liste vede permanere una spiccata *prevalenza di iscritti al Sud e nelle Isole*, con valori che da anni si attestano intorno al 60% del totale. Anche sul versante degli andamenti si registra una flessione nel corso del biennio di riferimento, laddove si passa da 28.306 avviamenti registrati nel 2008 ai 20.830 del 2009. La contrazione interessa tutte le ripartizioni, ma si manifesta con numeri più elevati nelle due circoscrizioni settentrionali, presumibilmente fornendo i primi segnali delle conseguenze della crisi economica manifestatasi apertamente sin dall'autunno 2008.

Per quanto attiene agli specifici istituti, si conferma lo storico *sorpasso delle convenzioni sulla modalità della richiesta nominativa*, occorso già dal 2007 e largamente confermato dalle percentuali sul totale degli avviamenti registrate nel 2009 (49% degli avviamenti per mezzo di convenzione e 41,9% per richiesta nominativa) in tutte le aree geografiche, ad eccezione di quella Sud e Isole, dove comunque nel biennio si assiste ad una crescita si-

gnificative del peso dell'utilizzo di tali istituti. In merito alle distinzioni tra le diverse tipologie convenzionali (le convenzione art. 11 di programma e di integrazione lavorativa, la convenzione art. 12 e 12-bis, nonché quelle disciplinate dall'art. 14 del d.lgs. 276/2003) è possibile constatare un utilizzo largamente maggioritario, se non esclusivo, delle previsioni normative contenute nell'art. 11 della legge 68/99 rispetto alle altre, sia pur sostenute da ripetuti interventi legislativi occorsi a ridosso del periodo considerato in questa Relazione.

La richiesta nominativa si conferma in generale *al secondo posto* come modalità di avviamento, anche se ancora nel 2008 essa supera le convenzioni come quota parte sul totale di area sia nel Nord -Ovest che nel Mezzogiorno, per poi seguire il trend principale nel corso dell'anno successivo. Nel corso di entrambe le annualità, *la chiamata numerica supera di poco il 9%* del totale degli avviamenti, rimanendo peraltro una modalità molto utilizzata nelle Regioni meridionali. Un indicatore significativo dell'efficacia degli inserimenti lavorativi in azienda è individuabile nella quota complessiva di posizioni contrattuali registrate dai servizi competenti nel corso della singola annualità. Tra il 2008 e il 2009 tale quota è diminuita del 22,6%. Emerge, per la prima volta, una *prevalenza in termini assoluti delle tipologie di assunzione a tempo determinato*, che sopravanzano anche se di poco quelle a tempo indeterminato (full-time e part-time insieme). A livello territoriale questo mutamento si traduce nell'affermarsi nel 2009 di una netta prevalenza dei contratti a tempo determinato nelle due circoscrizioni settentrionali, mentre fino al 2008 tale prevalenza era emersa con forza nel solo Nord Est. Ciò, mentre al Centro e al Sud si rileva un significativo avvicinamento fra i due valori, legato soprattutto al ridimensionamento delle posizioni a tempo indeterminato.

Per i soggetti ex art. 18, tra il 2008 e il 2009 si censisce un *rilevante ridimensionamento nel numero di assunzioni a tempo indeterminato* (-18,6%), a fronte di un incremento percentuale molto simile di quelle a tempo determinato (14,2%) e di un rilevante calo delle altre tipologie (33,9%). In linea con la redistribuzione delle tipologie contrattuali, anche le risoluzioni dei rapporti di lavoro incidono maggiormente sui contratti a tempo determinato (comprendenti il part time). Nel 2008 tale prevalenza si afferma nel Nord-Ovest, mentre nel 2009 si amplia la relativa quota parte registrata nell'area Sud e Isole.

Merita attenzione quanto emerso dall'osservazione sulla quota di riserva espressa dalle imprese pubbliche e private nel biennio di riferimento. I dati in valori assoluti riportano per il 2008 un incremento consistente del bacino di accoglienza potenziale nelle imprese private, rispetto agli anni precedenti (245.000 posti), che si riduce a meno di 210.000 nell'anno successivo. La percentuale di scopertura rimane inalterato al 25% in entrambe le annualità. Nella Pubblica amministrazione, d'altro canto, la riduzione della quota d'obbligo nel biennio è inferiore (da 67.000 a 61.000), tuttavia la quota di posti scoperti cresce di oltre 6 punti percentuali (dal 19 al 25%).

Introdotta nel corso della rilevazione sul precedente biennio, la lettura delle dinamiche che interessano *lavoratori stranieri* e collocamento obbligatorio offre, nella presente Relazione, alcuni elementi di interesse. Nel 2009 gli stranieri residenti in Italia sono il 6,5% del totale (con un incremento di quasi mezzo milione dal 2008) e presentano una distribuzione territoriale specifica (oltre il 60% nelle Regioni del Nord, il 25,1% in quelle del Centro e il restante 12,8% in quelle del Mezzogiorno). In tale contesto, gli stranieri iscritti alle liste a motivo di disabilità o di condizione ex art. 18, al 31 dicembre 2009 si attestano sulle 8.700 unità, di cui oltre 3.500 circa donne. Su questa quota la condizione di disabilità incide per il 98% rispetto alla condizione ex art. 18. Nel 2008, oltre il 38% degli iscritti si situava al Centro, seguito dal Nord-Ovest, quindi dal Nord-Est e poi al Sud. Nel 2009, l'area con più iscritti diventa il Nord-Ovest, seguito dal Nord-Est che segna gli incrementi comparativamente più rilevanti e quindi dal Centro che invece segna un calo delle iscrizioni di quasi 10 punti percentuali. Pressoché stabile il Sud e Isole. A fronte di una presenza paritaria tra i sessi a livello di stranieri residenti, sussistono tuttavia differenze di genere a livello territoriale. Gli avviamenti dei lavoratori stranieri con disabilità segnano dal 2008 al 2009 una generale contrazione, coerente con i più generali andamenti registrati. Il 2008 presentava oltre 700 avviamenti, di cui il 30% di donne, mentre il 2009 vede una flessione di circa 200 unità, ma con una percentuale di donne in leggera crescita comparativa. Per la specifica tipologia di lavoratori, resta confermata nel biennio la richiesta nominativa come principale tipologia di avviamento, seguita dalla convenzione di programma art. 11, co. 1, e dalla chiamata numerica. L'approccio di genere illustrato in una specifica sezione della presente Relazione richiama quanto espresso dalla Convenzione delle Nazioni unite in merito ai principi fondamentali della parità tra uomini e donne (art. 3, punto g). In particolare, la Convenzione prevede l'incorporazione della prospettiva di genere in tutti gli sforzi tesi a promuovere il pieno godimento dei diritti umani da parte delle persone con disabilità. La lettura dei dati per genere, inoltre, osserva l'impatto delle misure nazionali volte ad assicurare la parità di trattamento nonché le pari opportunità di accesso dei due sessi al mondo del lavoro, anche nel contesto delle disabilità.

Il biennio 2008-2009 conferma l'*inferiorità numerica delle iscrizioni di donne* rispetto a quelle degli uomini, seppur le iscrizioni ex art. 18 continuano ad essere prerogativa femminile. Ma l'incidenza di tale tipologia di destinatari sul complesso delle iscrizioni tuttavia, non supera il 5%. Permane lo stesso modello di distribuzione geografica delle iscrizioni sia per uomini che per donne: capofila il Sud e Isole, seguito dal Centro, poi dal Nord-Ovest ed infine dal Nord-Est. Nel 2009, tuttavia, le iscrizioni femminili diminuiscono ovunque ad eccezione del Centro, e quelle maschili invece decrescono solo nel Sud e sensibilmente nel Centro, mentre aumentano nelle regioni settentrionali.

Quanto agli avviamenti, *la percentuale di donne avviate nel 2009 aumenta sensibilmente e porta le donne a rappresentare un terzo circa di ogni tipologia di avviamento. Una diffe-*

renza significativa tra le due annualità è relativa alla tipologia di avviamento. La quota maggiore di donne sul totale degli avviati nel 2008 avveniva tramite convenzione di integrazione art. 11, c. 4, quindi per richiesta nominativa, convenzione di programma art. 11, c. 1, convenzione art. 12-*bis*; convenzione art. 14; chiamata numerica. Il 2009 invece segna una notevole crescita di donne avviate con chiamata numerica e il conseguente calo drastico di avviamenti di donne tramite convenzione art. 12-*bis* (che diventa l'opzione meno frequente). In declino tra le due annualità le risoluzioni di contratti di donne, ma con un'incidenza maggiore in questo trend delle tipologie contrattuali non standard.

Estratto 2

dalla Quinta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68, «Norme per il diritto al lavoro dei disabili» anni 2008-2009

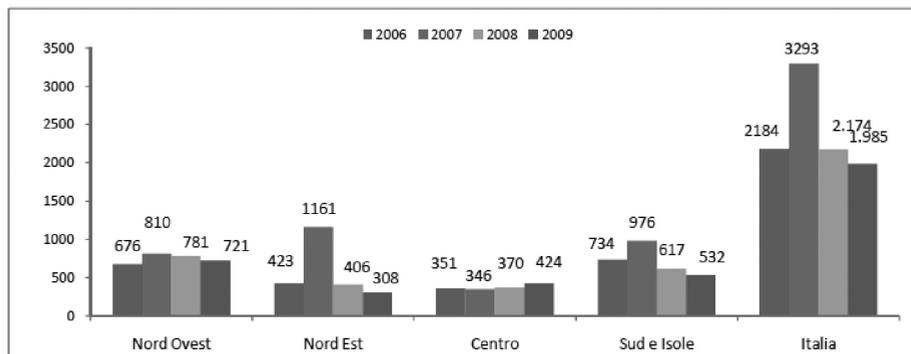
A cura del direttore generale della Direzione generale mercato del lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, realizzata sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni al Ministero, ai sensi dell'articolo 21 della legge 68/99, e dell'attività di indagine curata dall'Isfol, ai sensi della convenzione Isfol-Ministero

2.3.5 Le aziende non soggette ad obbligo di assunzione

L'avviamento di lavoratori disabili presso aziende non soggette ad obbligo, poiché collocate al di sotto della quota dei 15 dipendenti, rimane un fenomeno importante nell'ambito delle informazioni rilevate presso i servizi competenti, ancorché anch'esso caratterizzato dall'inversione di tendenza già rilevata sopra. A riguardo, l'esame dei dati in serie storica a partire dal biennio precedente mostra, alla fine del periodo considerato, una contrazione nel numero complessivo pari al 9,1% (figura 20).

Come risulta evidente dalla figura, l'inversione di tendenza alla crescita si manifesta più vistosamente tra il 2007 e il 2008 ed in maniera più marcata nel Nord-Est e nell'area Sud e Isole, territori nei quali, alla fine del quadriennio, si registra una diminuzione pari a poco più del 27%. A fronte dei dati del Nord-Ovest che mostrano un declino più contenuto, che si traduce in un dato 2009 comunque superiore a quello del 2006 di quasi il 7%, il Centro mostra una tendenza di fatto opposta, che porta ad un aumento di fine periodo pari al 20,8%.

Figura 20 - Avviamenti lavorativi in aziende con meno di 15 dipendenti (non soggette ad obbligo) per area geografica. Anni 2006-2009 (v.a.)

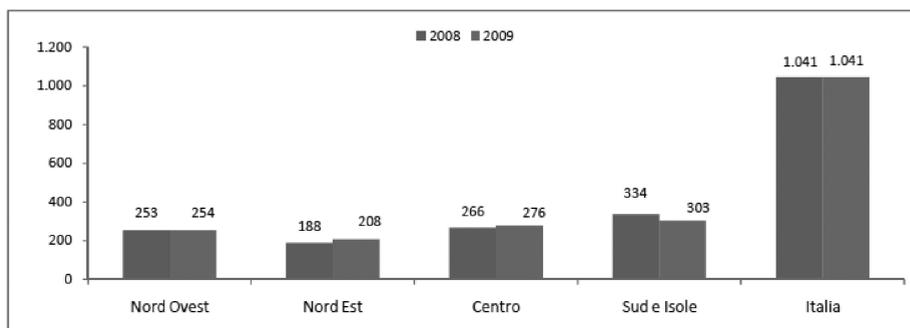


Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol. 2010

2.3.6 Gli avviamenti lavorativi dei soggetti ex art. 18

A fronte di 44.717 iscritti alle liste dedicate nel 2009 (47.771 nell'anno precedente) ed un flusso di iscrizioni nel medesimo anno di 3.500 soggetti (4.003 nel 2008), la figura 21 rileva l'avviamento al lavoro in Italia di 1.041 individui, sia nel primo anno di riferimento che nel secondo.

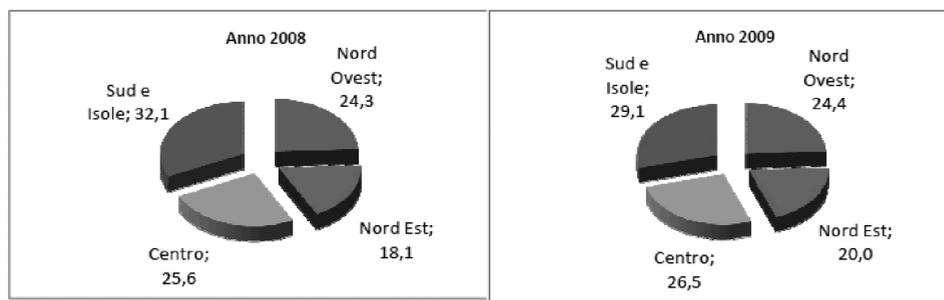
Figura 21 - Avviamenti lavorativi ex art 18 in Italia per area geografica (v.a.)



Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol. 2010

Come negli anni passati, a differenza delle persone disabili, la distribuzione sul territorio delle altre categorie di beneficiari della legge 68/99 appare del tutto equilibrata (figura 22). A parte la relativa stabilità del numero degli avviamenti segnalati, come in passato appare una evidente sproporzione fra questi ultimi ed il numero di iscrizioni, nelle proporzioni del tutto indipendente dalle caratteristiche dei mercati del lavoro di riferimento, a differenza di quanto si nota nel caso dei disabili.

Figura 22 - Avviamenti lavorativi ex art. 18 in Italia per area geografica (valori %)



Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol. 2010

I PRINCIPALI DATI AMMINISTRATIVI

LOMBARDIA (11 province)	Anno 2008				Anno 2009			
	N.	Prov. non risp.	Di cui donne	Prov. non risp.	N.	Prov. non risp.	Di cui donne	Prov. non risp.
Iscritti disabili - Al 31 dicembre	47.482	0	22.848	0	48.153	0	22.301	0
Iscritti disabili extracomunitari - Al 31 dicembre	1.458	1	528	1	1.934	1	698	1
Iscritti ex art. 18 - Al 31 dicembre	694	1	417	0	717	0	378	0
TOTALE	48.176	0	23.265	0	48.870	0	22.679	0
Iscritti disabili - Durante l'anno	10.765	0	4.542	0	10.961	0	4.399	0
Iscritti disabili extracomunitari - Durante l'anno	541	1	181	1	714	1	198	1
Iscritti ex art. 18 - Durante l'anno	243	0	133	0	287	0	137	0
TOTALE	11.008	0	4.675	0	11.248	0	4.536	0
Avviamenti disabili con CHIAMATA NUMERICA	354	0	138	0	225	0	77	0
Avviamenti disabili per RICHIESTA NOMINATIVA	2.838	0	1.188	0	1.065	0	429	0
Avviamenti disabili tramite CONVENZIONE - Art. 11 co. 1	2.698	0	1.167	0	2.062	0	872	0
Avviamenti disabili tramite CONVENZIONE - Art. 11 co. 4	503	0	204	0	315	0	117	0
Avviamenti disabili tramite CONVENZIONE - Art. 12	0	0	0	0	0	0	0	0
Avviamenti disabili tramite CONVENZIONE - Art. 12bis	0	0	0	0	0	0	0	0
Avviamenti disabili tramite CONVENZIONE - Art. 14 D.Lgs. 276/03	25	0	6	0	54	0	18	0
TOTALE	6.418	0	2.703	0	3.721	0	1.513	0
Avviamenti ex art. 18 con CHIAMATA NUMERICA	34	0	21	0	30	0	15	0
Avviamenti ex art. 18 per RICHIESTA NOMINATIVA	87	0	41	0	93	0	37	0
TOTALE	121	0	62	0	123	0	52	0
Avviamenti disabili in aziende non obbligate per RICHIESTA NOMINATIVA	310	0	117	0	287	0	116	0
Avviamenti disabili in aziende non obbligate tramite CONVENZIONE - Art. 11 co. 1	204	0	78	0	139	0	46	0
Avviamenti disabili in aziende non obbligate tramite CONVENZIONE - Art. 11 co. 4	53	0	17	0	42	0	17	0
Avviamenti disabili in aziende non obbligate tramite CONVENZIONE - Art. 12	0	0	0	0	0	0	0	0
Avviamenti disabili in aziende non obbligate tramite CONVENZIONE - Art. 14 D.Lgs. 276/03	7	0	1	0	18	0	3	0
TOTALE	574	0	213	0	486	0	182	0
Risoluzioni rapporti di lavoro disabili - Tempo indeterminato	411	4	182	4	302	3	116	3
Risoluzioni rapporti di lavoro disabili - Tempo determinato	907	4	347	4	354	3	133	3
Risoluzioni rapporti di lavoro disabili - Contratto inserimento	2	5	0	5	4	3	2	3
Risoluzioni rapporti di lavoro disabili - Contratto apprendistato	10	5	1	5	3	3	1	3
Risoluzioni rapporti di lavoro disabili - Altre tipologie	0	5	0	5	1	3	0	3
TOTALE - disabili	1.330	0	530	0	664	1	252	1
Risoluzioni rapporti di lavoro ex art. 18 - Tempo indeterminato	10	3	3	3	14	3	6	3
Risoluzioni rapporti di lavoro ex art. 18 - Tempo determinato	36	3	20	3	15	3	5	3
Risoluzioni rapporti di lavoro ex art. 18 - Contratto inserimento	0	4	0	4	0	3	0	3
Risoluzioni rapporti di lavoro ex art. 18 - Contratto apprendistato	0	4	0	4	0	3	0	3
Risoluzioni rapporti di lavoro ex art. 18 - Altre tipologie	0	4	0	4	0	3	0	3
TOTALE - ex art. 18	46	0	23	0	29	1	11	1
TOTALE	1.376	-	553	-	693	-	263	-

Finito di stampare nel mese di aprile 2011
dalla tipografia O.Gra.Ro.
Vicolo dei Tabacchi 1
Roma

