

**SCLE
ROSI
MULT
IPLA**
ONLUS
associazione
italiana

un mondo
libero dalla SM

IDONEITÀ ALLA MANSIONE E SCLEROSI MULTIPLA ORIENTAMENTI PER I MEDICI DEL LAVORO – COMPETENTI

Con il patrocinio di



SIMLII
Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale

INTRODUZIONE	1
Sclerosi multipla e lavoro	1
Sclerosi multipla e idoneità alla mansione.....	2
1. La sclerosi multipla: aspetti clinici.	4
1.1 Definizione e generalità	4
1.2 Decorso e quadri clinici.....	4
1.3 I principali disturbi: conseguenze funzionali e strumenti diagnostico-valutativi.....	6
1.4 La terapia farmacologica della SM.....	8
2. Idoneità alla mansione specifica in lavoratori con SM e ruolo del Medico Competente	11
2.1 Manifestazioni cliniche e loro impatto sull'idoneità lavorativa	11
2.2 Schema riassuntivo.....	13
2.3 Orientamenti medico-legali per le visite mediche di idoneità alla mansione nelle diverse situazioni	19
2.4 La diagnosi funzionale ed il profilo socio-lavorativo: strumenti per un corretto inserimento lavorativo	23
3. Riabilitazione e consulenza ergonomica ai fini lavorativi. Interventi sulla persona, sugli ambienti e l'impiego di ausili.	25
3.1 La situazione in Italia.....	25
3.2 Ergonomia e sclerosi multipla	26
3.3 Uso degli strumenti informatici	28
APPENDICE	31

I Contesto giuridico-normativo ed effetti dei giudizi di non idoneità sul rapporto di lavoro	31
A) Effetti del giudizio di non idoneità alla mansione.	31
B) Effetti del giudizio di inidoneità psicofisica nella Pubblica Amministrazione.	31
II Gli accertamenti di invalidità, handicap, disabilità	33
A) Invalidità civile (L. 118/71)	33
B) Handicap (Legge 104/92)	33
C) Disabilità (Legge 68/99)	34
D) Glossario breve.....	35
E) Estratto Linee guida INPS per l'accertamento degli stati invalidanti: la sclerosi multipla	36
F) La Comunicazione tecnico scientifica INPS per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla sclerosi multipla	39
III Strumenti per la diagnosi funzionale e la descrizione delle capacità	39
A) L'Allegato 1 al DPCM 13 gennaio 2000.....	39
B) La classificazione ICF.....	41
C) Modulistica:.....	45
Allegato 1 : Modulo per richiesta visita specialistica	45
Allegato 2 : Fac simile certificazione neurologica	46

A cura di:

Paolo Bandiera – *Direttore Affari Generali AISM*

Antonella Borgese – *Assistente sociale; esperto
Osservatorio AISM*

Giampaolo Bricchetto – *Ricercatore Servizio
di riabilitazione AISM Liguria*

Silvia Bruzzone – *Consulente legale
Osservatorio AISM*

Gaspare Crimi – *Direttore Dipartimento riabilitativo
USSL 20, Verona*

Nicoletta Debarbieri – *Medico competente AISM*

Luciano Giribaldi – *Coordinatore medici
competenti AISM*

Laura Lopes – *Direttore Sanitario servizio
di riabilitazione AISM Liguria*

Grazia Rocca – *Neurologo Numero verde AISM*

Franco Traversa – *Presidente sezione regionale
SIMLII Liguria (Società Italiana Medicina del Lavoro
e Igiene Industriale)*

AISM

Associazione Italiana Sclerosi Multipla

Sede Nazionale

Via Operai, 40

16149 Genova

Numero Verde 800 80 30 28

www.aism.it

aism@aism.it

© Edizioni AISM

ISBN 978-88-7148-079-4

Finito di stampare nel mese di aprile 2013

Arti Grafiche Giuseppe Lang - Genova

Sclersi multipla e lavoro

Il tema dell'occupazione rappresenta una materia di particolare importanza per la popolazione con sclerosi multipla. La diagnosi di SM arriva tra i 15 e i 50 anni, ma molto più frequentemente tra i 20 e i 30, cioè proprio durante gli anni di vita in cui si entra o si è già inseriti nel mondo del lavoro. La SM inoltre colpisce maggiormente le donne (3:1 rispetto agli uomini) e le donne, come spesso si sottolinea, possono avere più difficoltà nel lavoro anche con riferimento alla difficoltà di conciliare i tempi di vita con i tempi di lavoro. Su tali basi AISM, già nel 2006, ha pubblicato il Libro Bianco "Disabilità e lavoro: il caso della sclerosi multipla" in cui ha evidenziato, partendo dai dati epidemiologici delle ricerche sociosanitarie condotte in Italia e all'Estero, le difficoltà nell'accesso e nel mantenimento dell'attività lavorativa, individuando problemi aperti e prospettando, di concerto con la Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap – FISH – possibili linee di impegno per tutelare e promuovere - a partire da una piena applicazione della Legge 68/99 per l'inserimento e l'integrazione delle persone con disabilità nel mondo del lavoro - l'effettivo impiego delle persone con SM quale precondizione di inclusione sociale.

In effetti in letteratura si rinvengono ampi riferimenti alle problematiche lavorative correlate alla sclerosi multipla. Larocca et al. ⁽¹⁾ già nel 1985, studiando in 79 maschi e 233 femmine con sclerosi multipla la relazione tra il grado di disabilità e la situazione lavorativa hanno dimostrato che molte delle variabili della malattia tradizionalmente correlabili con la situazione lavorativa come la complessità dei sintomi, etc. non trovavano correlazione; altre variabili come il sesso, l'età, il grado di disabilità, la durata di malattia e il livello di formazione avevano un ruolo solo nel 14% del campione tra i soggetti impiegati rispetto ai non impiegati. Essi concludevano che la personalità premorbosa del soggetto e la propria capacità di mantenere una immagine di sé positiva nell'immaginarsi soggetto produttivo potevano avere importanza nel campo lavorativo.

Rumrill ⁽²⁾ nel 1996 in modo esaustivo ha valutato tutte le componenti che possono giocare un ruolo nella perdita del lavoro nel soggetto con sclerosi multipla e cioè le caratteristiche demografiche quali il sesso, il livello socio-economico e l'età, le caratteristiche sanitarie quali le esacerbazioni, la progressione di malattia e la fatica, le caratteristiche psicologiche ed emotive quali la soddisfazione e la padronanza lavorativa e le caratteristiche specifiche del posto di lavoro quali il tipo di impiego, l'accessibilità, i colleghi, etc. sottolineando l'importanza sempre maggiore dei miglioramenti ottenibili con un attento consiglio di ausili idonei ed adatti alla singola persona.

Vermersch & Marissal ⁽³⁾ nel 2001 sottolineano l'importanza di mantenere il lavoro a fronte di un aumentato rischio di perdita anche in soggetti con sclerosi multipla "benigna" pochi anni dopo la diagnosi e con un sostanziale declassamento lavorativo con diminuite responsabilità.

O'Connor et al. ⁽⁴⁾ nel 2005 hanno dimostrato che giocano un ruolo nella perdita del lavoro sia la disabilità – a maggiore disabilità corrisponde un rischio maggiore di perdita del lavoro – sia i fattori ambientali.

Julian et al. ⁽⁵⁾ nel 2008, studiando 8867 soggetti con sclerosi multipla, hanno concluso che la mobilità, le funzioni manuali, i problemi cognitivi e la fatica sono associati con una accresciuta possibilità di perdere l'impiego.

Glad et al. ⁽⁶⁾ nel 2010, studiando 188 soggetti con sclerosi multipla benigna, hanno dimostrato una correlazione tra il mantenimento del posto di lavoro con un quadro di sclerosi multipla "recidivante-remittente", un maggior livello di formazione e un impiego fisicamente leggero; gli AA. però sottolineano anche come un quadro depressivo, anche modesto, sia fortemente associato con la perdita del lavoro.

1 Larocca N., Kalb R., Scheinberg L., Kendall P.: Factors associated with unemployment of patients with multiple sclerosis, *J. Chron. Dis.*, 1985, 38(2), 203-210

2 Rumrill Ph.: Factors associated with unemployment among persons with multiple sclerosis, *Work J. Prev. Assessm. Rehab.*, 1996, (6): 177-184

3 Vermersch P., Marissal J.P.: Les aspects medico-sociaux de la sclérose en plaques, *Rev. Neurol.*, 2001, 157: 1163-1168

4 O'Connor RJ, Cano SJ, Ramió i Torrentà L, Thompson AJ, Playford ED.: Factors influencing work retention for people with multiple sclerosis: cross-sectional studies using qualitative and quantitative methods, *J. Neurol.* 2005 252(8):892-6

5 Julian L.J, Vella L., Vollmer T., Hadjimichael O., Mohr D.C.: Employment in multiple sclerosis, *J. Neurol.*, 2008, 255(9): 1354-1360

6 Glad S., Nyland H., Aarseth J., Riise T., Myhr KM.: How long can you keep working with benign multiple sclerosis?, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, online first 27 august 2010, jnnp 2010.210732

Mc Fadden et al. ⁽⁷⁾ nel 2012 hanno recentemente pubblicato un'interessante scala per la instabilità lavorativa nei soggetti con sclerosi multipla sottolineandone l'utilità nel ridurre il rischio di perdita del lavoro.

Al tema del lavoro delle persone con disabilità viene poi dedicato uno specifico articolo, il n. 27, dalla Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità, ratificata in Italia con Legge 3 marzo 2009 n. 18. Viene ad essere così riconosciuto, attraverso la Convenzione, il diritto al lavoro delle persone con disabilità, e con esse delle persone con SM, su base di uguaglianza con gli altri; segnatamente il diritto di potersi mantenere attraverso un lavoro liberamente scelto o accettato in un mercato del lavoro e in un ambiente lavorativo aperto, che favorisca l'inclusione e l'accessibilità alle persone con disabilità ponendo a carico degli Stati Parti l'impegno a favorire e garantire l'esercizio del diritto al lavoro, comprese condizioni lavorative eque e favorevoli, condizioni di lavoro sicure e salubri, accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro.

Sclerosi multipla e idoneità alla mansione

Il giudizio di idoneità alla mansione specifica è l'atto conclusivo delle visite mediche effettuate nell'ambito della sorveglianza sanitaria dal Medico Competente aziendale.

La sorveglianza sanitaria è una delle misure di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, ed oggi ha come riferimento principale il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (talora indicato anche come Testo Unico della sicurezza)⁸. Essa è obbligatoria se - alla luce della valutazione dei rischi - sono emerse condizioni di rischio residuo per le quali la normativa vigente ne indichi l'obbligo.

Queste visite, ed i giudizi di idoneità che le concludono, rispondono a criteri molto diversi dalle varie altre visite a cui un cittadino può doversi sottoporre, ed in particolare a quelle effettuate presso la A.S.L. per l'accertamento dell'invalidità civile (L. 118/71), dell'handicap (Legge 104/1992) e della disabilità (Legge 68/99).

Più in generale, esse si inseriscono in un contesto normativo i cui pilastri principali sono l'art. 32 della Costituzione (che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività), l'art. 2087 del Codice Civile (riguardante gli obblighi dell'imprenditore per la tutela delle condizioni di lavoro dei suoi dipendenti) e l'art. 5 della Legge 300/1970 (che delimita la possibilità per il datore di lavoro di far compiere accertamenti sanitari sui dipendenti).

Al Testo Unico si affiancano altre norme che dispongono accertamenti a carattere medico-legale in situazioni particolari, quali sieropositività, tossicodipendenza, malattie mentali, malattie infettive. Sono inoltre previsti requisiti psicofisici determinati per attività che richiedono una speciale efficienza fisica e psichica in ragione della complessità dei compiti e delle responsabilità che ne derivano anche nei confronti di terzi; i relativi accertamenti danno luogo al conseguimento di certificazioni o patenti come ad es. la patente di guida, la patente nautica, il porto d'armi, il patentino per conduttori di generatori di vapore, per l'impiego di gas tossici, per l'effettuazione di lavori sotto tensione, e così via.

Al Numero verde AISM, attivo a livello nazionale, molte persone con SM hanno richiesto e richiedono tutt'oggi dei chiarimenti su tali visite, sui documenti che devono presentare, sulle valutazioni che vengono fatte dai medici del lavoro e sulle conseguenze delle stesse rispetto al loro rapporto di lavoro.

Anche taluni neurologi hanno evidenziato la necessità di approfondire il dibattito fra medici su tali casi perché spesso non sanno quali aspetti della patologia possano interessare maggiormente i colleghi e come sia meglio evidenziarli in certificati e relazioni.

7 Mc Fadden E., Horton M., Ford H., Gilworth G., Mc Fadden M., Tennant A.: Screening for the risk of job loss in multiple sclerosis: development of an MS-specific Work Instability Scale, *Multiple Sclerosis J.*, 2012, 18(6): 862-870

8 Il Ministero del Lavoro ha recentemente pubblicato il Codice etico di AISM e FISM sul proprio sito, accanto ai principali accordi e codici di condotta etici in materia di tutela alla salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. In base al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, infatti, il Ministero ha il compito di valorizzare documenti che orientino i comportamenti dei datori di lavoro, dei lavoratori e di tutti i soggetti interessati, al fine di contribuire al miglioramento dei livelli di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nel contempo i medici del lavoro non dispongono di specifici strumenti informativi né di protocolli standard da utilizzare in sede di visita e formulazione del giudizio di idoneità alla mansione per persone con SM e patologie similari; spesso non ricevono certificazioni e documentazione idonea a consentire una appropriata valutazione; spesso non dispongono di elementi specifici per valutare, anche in chiave di compatibilità dell'ambiente e degli strumenti di lavoro, le possibilità di adattamenti e accomodamenti ragionevoli ai fini dell'accesso o del mantenimento nella posizione lavorativa. Quanto sopra ha evidenti riflessi negativi sulla formulazione del giudizio di idoneità.

Partendo da questi presupposti AISM, associazione che dedica particolare attenzione ai temi dell'accesso e del mantenimento al lavoro in quanto questioni di primario interesse per le persone con sclerosi multipla, ha pensato di predisporre la presente pubblicazione all'interno della Collana *Osservatorio AISM "SM e diritti"*, inerente i diritti e servizi per le persone con SM, con i seguenti obiettivi:

- 1) approfondire la problematica della idoneità alla mansione di persone con sclerosi multipla e patologie similari tra medici del lavoro, medici legali, neurologi e la stessa Associazione di rappresentanza delle persone con SM – con il contributo di altri soggetti interessati alla materia (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap – FISH; Sindacati; Istituto superiore della comunicazione – ISCOM; Associazioni dei direttori del personale, Partidattoriali, etc.) - al fine di individuare approcci adeguati per la corretta valutazione dell'idoneità, a partire dalla formulazione da parte dei medici neurologi e fisiatri di documentazioni complete e chiare;
- 2) predisporre una guida pratica destinata ai medici del lavoro ed elaborata in collaborazione con le società scientifiche di riferimento in materia di valutazione dell'idoneità al lavoro di persone con SM;
- 3) elaborare una casistica delle situazioni concretamente più frequenti e delle limitazioni lavorative legate ai diversi sintomi, favorendo la ricerca di possibili "soluzioni ragionevoli" anche con l'apporto fornito dall'utilizzo degli ausili e dai principi dell'ergonomia, da mettere a disposizione sia dei medici del lavoro che delle parti datoriali e sindacali, con il contributo di enti di studio e ricerca (ISCOM) e di esperti di gestione della disabilità in ambito aziendale;
- 4) promuovere l'informazione delle persone con SM sui loro diritti in materia di idoneità alla mansione fornendo loro conoscenze e strumenti per intervenire in modo adeguato e propositivo nella fase di valutazione;
- 5) costruire in ultima istanza un percorso condiviso tra tutti i soggetti interessati per rafforzare la sicurezza delle persone con SM in ambito lavorativo, rimuovere cause di esclusione e/o limitazione nell'accesso o mantenimento al lavoro di persone con disabilità – a partire dal caso della SM e patologie similari –, e sviluppare buone prassi a sostegno di politiche di effettiva occupazione e inclusione sociale.

Certamente la presente pubblicazione vuole essere solo l'inizio di un percorso, per il cui sviluppo sarà necessario non solo l'impegno sul campo di medici del lavoro, neurologi, terapisti occupazionali, fisiatri, medici legali, ma anche uno sforzo collettivo che dovrà vedere coinvolte Associazioni rappresentative delle Parti datoriali, Associazioni dei *disability manager* ed Enti associativi dei Direttori del personale, Centri per l'impiego, Sindacati, oltre ovviamente alle stesse Persone con SM che grazie a questo progetto ed alle altre iniziative di AISM in materia di disabilità e lavoro, valutazione e accertamento medico, conciliazione dei tempi di vita, cura e lavoro, potranno agire un ruolo sempre più da protagonisti nel promuovere e raggiungere effettive condizioni di piena inclusione sociale.

1. La sclerosi multipla: aspetti clinici

1.1 Definizione e generalità

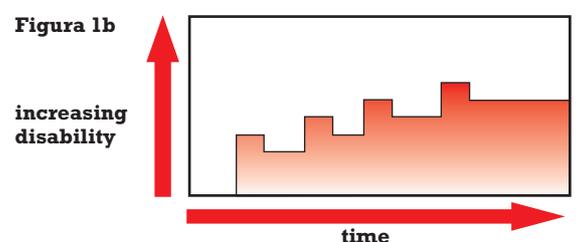
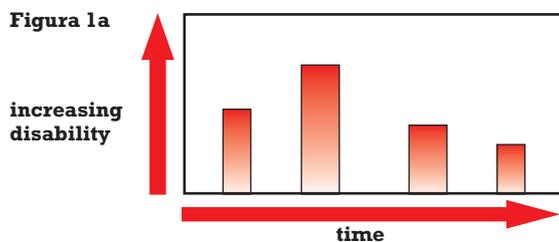
La sclerosi multipla (SM) è una malattia di cui ancora non si conoscono le cause, caratterizzata da demielinizzazione e lesioni a carattere infiammatorio disseminata nella sostanza bianca del sistema nervoso centrale. Numerose osservazioni portano a considerare la SM come una malattia autoimmune causata da fattori multipli ambientali che agiscono secondo sequenze temporali particolari in individui geneticamente predisposti. Le ricerche epidemiologiche stimano che oggi le persone con SM siano 3 milioni in tutto il mondo, 400.000 in Europa e circa 65.000 in Italia. Ogni anno, nel nostro paese, si fanno circa 1.800 nuove diagnosi (cinque al giorno) e una persona ogni 1.100 viene colpita dalla malattia nel corso della propria vita. In Sardegna, dove la malattia è più frequente che nel resto d'Italia, questa frequenza sale a una persona ogni 700. L'esordio della malattia avviene in media tra i 20 e 30 anni, ma può avvenire a qualsiasi età. Colpisce più le donne che i maschi in un rapporto 3/1.

La SM è una malattia cronica evolutiva che produce bisogni che riguardano l'ambito non solo fisico, ma anche psicologico e sociale. I problemi e le necessità iniziano al momento della diagnosi ed accompagnano il paziente per tutta la durata della malattia, ma sono differenti e mutevoli nelle varie fasi della sua evoluzione, con un rilevante carico assistenziale nelle fasi più avanzate. I sintomi della malattia hanno un impatto negativo sulle attività funzionali, sociali e, ove non adeguatamente gestiti, lavorative e di conseguenza sulla qualità di vita della persona. La SM ha un elevato carico assistenziale e sanitario richiedendo frequenti ricoveri, controlli neurologici, esami clinici e strumentali, trattamenti farmacologici specifici e sintomatici, nonché trattamenti riabilitativi a lungo termine.

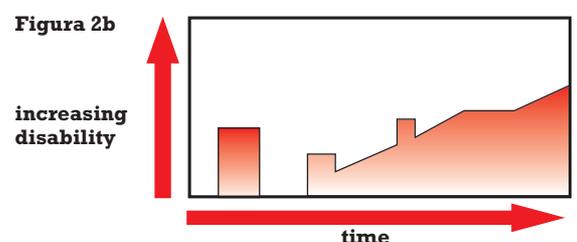
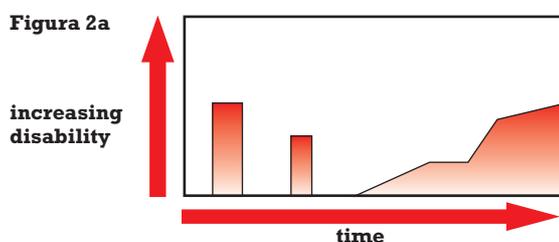
1.2 Decorso e quadri clinici

L'evoluzione nel tempo della malattia varia da persona a persona, è possibile individuare fondamentalmente quattro forme di decorso clinico:

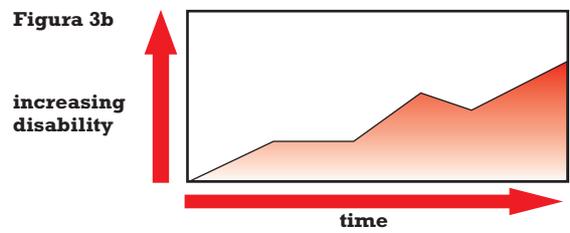
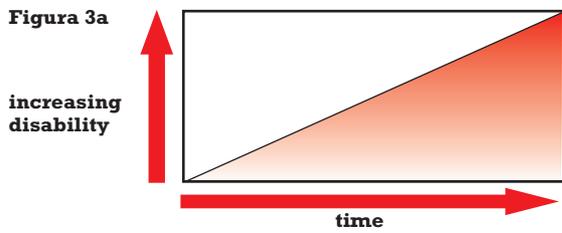
- 1) *ricadute e remissioni* (recidivante-remittente SM-RR): forma clinica più frequente, circa l'85% delle persone con SM ha inizialmente questa forma di SM, nella quale si presentano episodi acuti di malattia (poussè o ricadute) alternati a periodi di benessere (remissioni), con recupero totale o parziale della funzione (figura 1a e 1b):



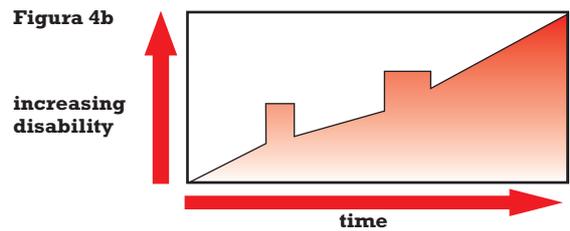
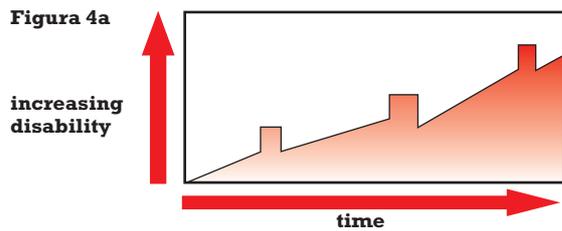
- 2) *secondariamente progressiva* (SM-SP): si sviluppa nella gran parte dei casi come evoluzione della forma recidivante-remittente, è caratterizzata da una disabilità persistente che progredisce gradualmente nel tempo. Circa il 30-50% delle persone con SM, che inizialmente hanno una forma recidivante-remittente, sviluppano entro 10 anni circa una forma secondariamente progressiva (figura 2a e 2b):



3) *primariamente progressiva* (SM-PP): caratterizzata dall'assenza di vere e proprie ricadute, le persone (meno del 10%) presentano, fin dall'inizio della malattia, sintomi che iniziano in modo graduale e tendono a progredire lentamente nel tempo (figura 3a e 3b):



4) *progressiva con ricadute* (SM-RP): circa il 5% delle persone presenta questa forma, dove oltre ad esservi un andamento progressivo dall'inizio, si manifestano anche episodi acuti di malattia, con scarso recupero dopo l'episodio (v. figura 4a e 4b):



In genere la SM comporta accumulo di disabilità nel tempo, esiste tuttavia una variante ad evoluzione benigna, che è una forma di SM che non peggiora con il passare del tempo ed è caratterizzata da minima disabilità dopo almeno 15 anni dalla data di esordio. È difficile stabilire l'esatto numero di persone con SM benigna (gli studi clinici riportano un'incidenza variabile tra il 20 ed il 30%). Si deve però osservare che numerosi casi ad evoluzione benigna perdono questa caratteristica ad un più protratto follow-up; inoltre, se si include l'effetto del deficit cognitivo, numerosi soggetti con modesto deficit neuromotorio presentano in realtà una consistente limitazione funzionale.

Ricaduta

Per ricaduta si intende l'apparire acuto o sub-acuto di un deficit neurologico della durata di 24 ore, in assenza di febbre e infezioni. Vengono utilizzati anche dei sinonimi come **attacco, poussé, recidiva, riacutizzazione**. Una ricaduta tende a risolversi in modo spontaneo, ma nella maggior parte dei casi è opportuno utilizzare una terapia a base di steroidi ad alte dosi (bolo steroideo), somministrata per pochi giorni. L'obiettività clinica tende a stabilizzarsi 20-30 giorni dopo il termine del trattamento steroideo. Pertanto la valutazione della disabilità andrebbe effettuata a distanza congrua dall'episodio clinico e sarebbe utile rimandarla ad una fase di stabilizzazione della malattia. L'intervallo di tempo che intercorre tra due ricadute è variabile e imprevedibile, perché può andare da alcune settimane a molti anni. Peraltro l'intervallo tra una ricaduta e la successiva sembra essere un fattore prognostico importante con andamento più aggressivo tanto più ravvicinate sono le ricadute critiche.

L'evoluzione della SM è assai variabile ed eterogenea, diversi studi hanno messo in evidenza che il decorso della malattia nei primi due anni dalla diagnosi riproduce abbastanza fedelmente la sua evoluzione nel corso della vita, ma la prognosi nel singolo paziente resta assai complessa per la stessa imprevedibilità del decorso della patologia.

Esistono comunque dei fattori prognostici sia clinici che strumentali (ad esempio indicatori di risonanza magnetica) che possono dare delle indicazioni sulla futura evoluzione della malattia.

Fattori prognostici positivi
Esordio precoce
Sesso femminile
Risoluzione completa dei sintomi d'esordio
Lungo intervallo di tempo tra primo e secondo episodio
Esordio monosintomatico o esordio con neurite ottica e disturbi sensitivi
Scarso numero di ricadute con bassa invalidità residua (evoluzione benigna) nei primi 5 anni

Fattori prognostici negativi
Esordio tardivo (dopo i 40)
Sesso maschile
Sintomi cerebellari e/o piramidali
Elevata frequenza di ricadute nei primi anni
Esordio polisintomatico
Disturbi psichici precoci
Evoluzione cronica progressiva fin dall'esordio

1.3 I principali disturbi: conseguenze funzionali e strumenti diagnostico-valutativi

La SM può manifestarsi con quadri clinici estremamente eterogenei, in alcuni casi infatti i sintomi possono coinvolgere singoli sistemi funzionali e pertanto presentarsi singolarmente ma, ancora più frequentemente, le manifestazioni cliniche si presentano in associazione portando a quadri clinici estremamente complessi. La natura di questi quadri clinici complessi è da imputare alla estrema variabilità e diffusione delle lesioni demielinizzanti tipiche della SM che, potendo coinvolgere sistemi funzionali diversi, si manifestano con caratteristiche “multi facettate”.

Nel paragrafo seguente verranno descritti i diversi sintomi e segni che la persona affetta da SM può riportare al clinico con il rationale di fornire al Medico del Lavoro una descrizione sintetica delle manifestazioni sintomatologiche, le limitazioni funzionali conseguenti, le valutazioni specialistiche di riferimento e la documentazione da raccogliere.

Fatica:

definita come una mancanza soggettiva di energia fisica e/o mentale percepita dall'individuo che interferisce con le attività usuali e desiderate e classificata in *primaria* (improvvisa ed opprimente spossatezza senza segni premonitori e non dipendente dallo sforzo) e *secondaria* (correlata alla presenza di sintomi motori e sensitivi o da causa iatrogena o a comorbidità). Può essere presente sino al 95% degli individui.

Limitazioni funzionali: ha un impatto sulla vita quotidiana importante in quanto limita le capacità funzionali residue sia motorie che cognitive, comportando difficoltà a sostenere a lungo le funzioni mentali e limitando le attività fisiche. Ha pertanto un significativo impatto sull'ambiente lavorativo.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: il sintomo fatica viene correntemente valutato dal medico Neurologo o dal medico Fisiatra che ha in carico la persona con SM. Non esistono misurazioni strumentali adeguate per misurare la fatica, ma sono presenti diversi questionari che risultano di facile somministrazione e sufficientemente attendibili. Il questionario di riferimento è la: *Modified Fatigue Impact Scale*.¹

Disturbi motori:

si definiscono come riduzione della forza muscolare, spesso associata a spasticità (aumento del tono muscolare). Possono colpire sia gli arti inferiori (più frequentemente) che gli arti superiori, il tronco ed il capo. La prevalenza è molto elevata (sino al 90%).

Limitazioni funzionali: la persona affetta da SM può avere pertanto delle limitazioni nella deambulazione, nei passaggi posturali, nei trasferimenti. Può essere presente una compromissione delle capacità manipolative sia prossimali che distali (movimenti fini degli arti superiori) con conseguente riduzione delle autonomie di vita quotidiana ed impatto sulla capacità lavorativa.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: la valutazione dei disturbi motori, in particolar modo con l'obiettivo di definirne le conseguenti limitazioni funzionali, è affidata al medico specialista Fisiatra. La documentazione da raccogliere può comprendere: valutazioni strumentali del cammino (analisi del cammino), scale cliniche quali l'*Ambulation Index* ed il *Time to Walk test*^{2,3} che definiscono il grado di compromissione della capacità deambulatoria, scale di valutazione della funzionalità degli arti superiori quali l'*Action Research Arm Test*.⁴

Disturbi della sensibilità:

si definiscono come una ipoestesia (ridotta percezione della sensibilità), parestesia (alterata percezione, riferita come sensazione di formicolio, di fastidio, di pesantezza, di puntura, di fasciatura, di intorpidimento) ed hanno una prevalenza sino al 90%.

Limitazioni funzionali: come per i deficit motori le conseguenze dei disturbi della sensibilità si manifestano con la presenza di turbe della deambulazione, in particolar modo dell'equilibrio, e disturbi nella manipolazione, in questo caso in particolare della manipolazione fine agli arti superiori.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: la valutazione dei disturbi della sensibilità con lo scopo di definire le conseguenti limitazioni funzionali sono di pertinenza dello specialista Fisiatra. Similmente ai disturbi motori può essere utile raccogliere documentazione clinica sulla capacità deambulatoria, in particolare per quanto riguarda il possibile disturbo di equilibrio, attraverso una valutazione strumentale con pedana stabilometrica o con la scala clinica *Berg Balance Scale*⁵. Per gli arti superiori può essere utile utilizzare, come per i disturbi motori, la scala *Action Research Arm Test*.⁴

Disturbi visivi:

neurite ottica (caratterizzata da dolore, alterazioni del campo visivo e calo dell'acuità visiva), diplopia, nistagmo con prevalenza fino a 85%.

Limitazioni funzionali: i disturbi visivi hanno un impatto in particolare sulla capacità dell'uti-

lizzo di attrezzature audiovisive (computer, apparecchiature con interfacce visive) e sulla lettura, se gravi possono avere impatto anche sulla deambulazione o sulla capacità manipolativa. Tra i vari disturbi visivi è spesso misconosciuta la difficoltà di percezione della profondità, che rende molto difficile, se non impossibile, scendere le scale o camminare in esterno (discese, terreno sconnesso). Questo tipo di problema potrebbe non emergere nella valutazione EDSS.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: lo specialista di riferimento in questo caso può essere il Neurologo o l'Oculista con competenze neuro oftalmologiche. È importante raccogliere documentazione attestante la presenza di eventuale deficit campimetrico, una valutazione del nistagmo e della eventuale presenza di diplopia.

Disturbi della coordinazione:

vengono definiti come senso di instabilità, compromissione dell'equilibrio, avvertiti come sensazioni di sbandamento e di vertigini soggettive. Nei casi più conclamati, possono manifestarsi: turbe equilibrio statico e/o dinamico, atassia della marcia con base allargata e/o sbandamenti multidirezionali e/o tremore intenzionale ai quattro arti. La forma vestibolo-cerebellare è quella che può presentare l'esordio più tumultuoso, con rapida progressione. La prevalenza può arrivare all'80%.

Limitazioni funzionali: i disturbi della coordinazione possono portare a limitazioni funzionali della capacità manipolativa e dell'utilizzo degli arti superiori anche molto disabilitanti con la compromissione della capacità di alimentarsi, vestirsi, lavarsi, scrivere, utilizzare un personal computer. Agli arti inferiori le limitazioni riguardano sia la deambulazione che l'equilibrio con un aumentato rischio di caduta e, nei casi più gravi, la difficoltà nel mantenere la stazione eretta. In ambiente lavorativo i disturbi della coordinazione sono da ritenersi fra i più limitanti ed insidiosi.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: le figure specialistiche che valutano i disturbi della coordinazione sono in particolare il medico Fisiatra ed il Neurologo. È importante raccogliere documentazione per il disturbo di coordinazione sia di tipo strumentale (esame del cammino, pedana stabilometrica) che clinico, *Ambulation Index*, *Berg Balance Scale*. Per gli arti superiori il disturbo di coordinazione può essere valutato con il *Nine hole peg test*⁶, parte della scala *Multiple Sclerosis Functional Composite Score*, o con misure strumentali che danno un indice oggettivo della incoordinazione^{6,7}.

Disturbi sfinterici:

possono interessare sia la funzione intestinale che urinaria con sintomi, per la parte urinaria, "irritativi" (urgenza minzionale, aumento della frequenza minzionale diurna e/o notturna, incontinenza urinaria, incontinenza urinaria da urgenza), sintomi "ostruttivi" (esitazione urinaria, minzione a più riprese, sensazione di incompleto svuotamento vescicale, ritenzione urinaria parziale o completa); per la funzione intestinale si manifestano in particolare con stipsi, incontinenza e urgenza fecale, difficoltà a defecare e dolore. La prevalenza può arrivare all'80%.

Limitazioni funzionali: rappresentano una causa importante di limitazione dell'autonomia funzionale, sociale e lavorativa, possono provocare complicanze come infezioni recidivanti delle vie urinarie (molto frequenti), fino a idronefrosi e insufficienza renale acuta da ritenzione e reflusso vescico-ureterale, aumento del rischio di lesioni da decubito sacrali. Le infezioni urinarie possono anche determinare peggioramento della sintomatologia legata alla malattia quali: aumento della spasticità o della fatica, stress emotivo, disturbi del sonno, rischio di isolamento sociale.

Per quanto riguarda i disturbi sfinterici la scala EDSS non considera in modo adeguato l'incontinenza fecale (considerata solo nella descrizione nell'ultimo punteggio insieme alla incontinenza urinaria); tale sintomo è tuttavia estremamente disabilitante e può essere presente da solo, senza necessariamente essere associato all'incontinenza urinaria.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: lo specialista da consultare in questo caso è l'Urologo ed il Colonproctologo. In particolare la limitazione delle attività lavorative può essere imputata ad un quadro di disturbo urinario ritentivo o misto che necessiti frequentemente l'utilizzo del cateterismo intermittente. È importante raccogliere documentazione tramite scale cliniche o diari clinici sull'utilizzo di ausili per il disturbo urinario o fecale che possano arrivare a limitare l'attività lavorativa.

Disturbi cognitivi e dell'umore:

possono manifestarsi come deficit di memoria, riduzione della capacità di apprendimento, deficit sia di attenzione focalizzata che di attenzione sostenuta, compromissione delle funzioni esecutive e di *problem solving*, spesso anche in assenza di sintomi motori, ansia e depressione. La prevalenza può arrivare sino al 65%.

Limitazioni funzionali: di grosso impatto sulla attività lavorativa, spesso comporta difficoltà

nel mantenimento del lavoro in particolare a causa delle problematiche riguardanti il mantenimento di una attenzione sostenuta e per la ridotta capacità di *problem solving*. Diverse persone con EDSS 4,5, 5 e 5,5 presentano quadri cognitivi uguali alla demenza tabellata con CR-2 (CR è la riserva cognitiva). Questo significa che a parità di quadro disfunzionale una persona con SM al massimo avrebbe 90% di invalidità mentre una persona con demenza avrebbe 100%. questa è una delle situazioni classiche in cui la scala EDSS evidenzia la propria insufficienza nella valutazione della disabilità. La sottovalutazione dei disturbi cognitivi comporta spesso contraddittori con le commissioni valutatrici.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: lo specialista da consultare in questo caso può essere il medico Neurologo che ha in carico la persona e che si occupa della valutazione neuropsicologica. Sono numerosi i test clinici che possono valutare il disturbo cognitivo, da raccogliere come documentazione di interesse è sicuramente il *Mini Mental State Examination*⁸, il *Pasat*⁹ ed il *Symbol Digit Modality Test*¹⁰.

Disturbi della comunicazione e della deglutizione:

possono manifestarsi come disfonia (alterazione qualitativa e quantitativa della voce per alterazione del sistema pneumo-fonoarticolatorio) disartria di sequenze verbali programmate per alterazione del sistema neuromuscolare di origine cerebellare, paralitica, spastica o mista) e disfagia. La prevalenza può arrivare al 60%.

Limitazioni funzionali: i disturbi della comunicazione rendono difficile e faticosa sia l'espressione verbale che la comprensione da parte dell'interlocutore con un rischio di isolamento sociale con difficoltà nei rapporti relazionali sia di natura personale che lavorativa. I disturbi della deglutizione limitano la socialità e spesso rendono necessaria la presenza di un caregiver.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere: la valutazione dei disturbi della comunicazione e le relative limitazioni funzionali si avvale della consulenza specialistica del medico Foniatra che collabora con il Fisiatra anche nell'identificazione degli ausili idonei a superare le limitazioni imposte dai disturbi comunicativi e della deglutizione. E' importante in particolare raccogliere la documentazione riguardante gli indicatori di disfunzione articolatoria o pneumofonica per quantificare con precisione il disturbo.

1.4 La terapia farmacologica della SM

I farmaci attualmente a disposizione per la SM sono utili per il trattamento della ricaduta, per rallentare l'evoluzione della malattia o per gestire al meglio i sintomi che di volta in volta si manifestano. **Alcuni di questi farmaci richiedono spesso monitoraggi clinici, paraclinici e/o strumentali**, inoltre molti producono **effetti collaterali** che hanno un impatto negativo sulle capacità funzionali del paziente e sulla qualità di vita.

Oltre a ciò, alcuni farmaci per la malattia **richiedono un notevole impegno per la somministrazione, con necessità di recarsi in strutture sanitarie per il loro ritiro o anche per la loro somministrazione**. Segue un elenco dei farmaci utilizzati per la SM; si precisa che le modalità di somministrazione e la frequenza dei controlli può subire variazioni tra i diversi centri clinici, in relazione ai modelli organizzativi dei singoli centri. Inoltre i controlli possono essere più frequenti in relazione a quadri clinici particolari (effetti collaterali, eventi avversi, ricadute, instabilità della malattia).

Terapie dell'attacco

I farmaci steroidei (corticosteroidi) vengono somministrati per pochi giorni o settimane al momento in cui si verifica una ricaduta in modo da ridurre la durata e gli esiti residui. Il miglioramento clinico che essi determinano è rapido, ma non impattano sul decorso a lungo termine della malattia.

Metilprednisolone (nome commerciale): Solumedrol®, Urbason®.

Luogo e frequenza di somministrazione: ospedale o domicilio, via intramuscolare o endovenosa, per 3-5 giorni.

Effetti collaterali: ansia, insonnia, disturbi gastrici, tachicardia, ipertensione arteriosa, iperglicemia.

Disease Modifying therapy (Terapie a lungo termine)

Immunomodulanti o immunosoppressori, utilizzati al fine di modificare la progressione della malattia, ridurre la frequenza degli attacchi e l'accumulo di disabilità col tempo. La loro azione protettiva produrrà i suoi effetti nei mesi o negli anni successivi l'inizio del trattamento. A pre-

scindere dal prodotto utilizzato viene richiesto un monitoraggio di neuroimmagine, di norma dopo il primo anno e poi ogni 1-2 anni in relazione ai modelli organizzativi dei singoli centri clinici e in relazione all'evoluzione clinica.

Interferone Beta Ricombinante (nome commerciale): Avonex[®], Rebif 22[®], Rebif 44[®], Extavia[®], Betaferon[®].

Luogo e frequenza di somministrazione: ritiro presso centro autorizzato, autosomministrato.

Avonex[®]: iniezione intramuscolare 1 volta alla settimana.

Rebif 22[®], Rebif 44[®]: iniezione sottocutanea 3 volte alla settimana.

Extavia[®], Betaferon[®]: iniezione sottocutanea a giorni alterni.

Effetti collaterali: sindrome simil-influenzale caratterizzata da febbre, cefalea, dolori muscolari e articolari, malessere generalizzato; reazioni cutanee nella sede di iniezione; possibile aumento della spasticità, astenia.

Frequenza dei controlli previsti: ogni 3/6 mesi esami ematochimici e esame urine; ogni 3/6 mesi visita neurologica.

Glatiramer Acetato/Copolimero 1 (nome commerciale): Copaxone[®].

Luogo e frequenza di somministrazione: ritiro presso centro autorizzato, autosomministrato; iniezioni sottocutanee giornaliere.

Effetti collaterali: minima reazione "sistemica" dopo l'iniezione, caratterizzata da difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolore toracico, malessere generalizzato, che regredisce spontaneamente dopo pochi secondi. Possibili reazioni anafilattiche. A seguito delle ripetute iniezioni si possono osservare reazioni cutanee (eritema, fibrosi, atrofia del grasso sottocutaneo).

Frequenza dei controlli previsti: ogni 3/6 mesi esami ematochimici, ogni 3-6 mesi visita neurologica.

Azatioprina

Luogo e frequenza di somministrazione: domicilio, somministrazione plurigiornaliera via orale.

Effetti collaterali: riduzione del numero di globuli bianchi, piastrine, anemia, nausea, vomito, diarrea, cefalea.

Frequenza dei controlli previsti: ogni 3 mesi emocromo ed enzimi epatici, ogni 3-6 mesi visita neurologica.

Mitoxantrone (nome commerciale): Novantrone[®].

Luogo e frequenza di somministrazione: via endovenosa, in regime di ricovero ospedaliero/Day Hospital, con frequenza variabile (ogni mese/ ogni 3 a seconda del protocollo usato, comunque con dosaggio inferiore a dose cumulativa di 120-140 mg/mq).

Effetti collaterali: nausea, vomito, cefalea, alopecia, disordini mestruali fino all'amenorrea ed alla sterilità, infezioni delle vie urinarie, mucositi, diarrea e leucopenia; leucemie, cardiotoxicità cumulativa al dosaggio di 120-140 mg/mq.

Frequenza dei controlli previsti: presomministrazione e successivamente, ogni 1/3 mesi, esami ematochimici elettrocardiogramma e ecocardiogramma; a 10, 14, 30 giorni dal ciclo di terapia emocromo e profilo biochimico.

Ciclofosfamide (nome commerciale): Endoxan[®].

Luogo e frequenza di somministrazione: via endovenosa mensilmente per cicli di 6 mesi in regime di ricovero ospedaliero/Day Hospital, ma possono anche essere usati schemi di somministrazione diversi.

Effetti collaterali: ulcerazioni della mucosa orale e gastrointestinale, con predisposizione alle infezioni, tossicità renale e vescicale, perdita dei capelli (reversibile), aritmie e scompenso cardiaco, nausea, vomito, cefalea, sterilità talora permanente.

Frequenza dei controlli previsti: a 3, 7, 10 e 20 giorni dal ciclo di trattamento emocromo e profilo biochimico.

Natalizumab (nome commerciale): Tysabri[®].

Luogo e frequenza di somministrazione: via endovenosa 1 volta al mese in regime di Day Hospital o ambulatoriale.

Effetti collaterali: ipersensibilità al farmaco, cefalea, prurito, shock anafilattico, possibile sviluppo di leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML).

Frequenza dei controlli previsti: preterapia: emocromo, tipizzazione linfocitaria con rapporto CD4/CD8, anticorpi anti-JC virus, RM non antecedente ai 6 mesi dall'inizio della terapia; ogni

1/3 mesi visita neurologica (con valutazione EDSS); ogni 1/3 mesi: esami emtochimici; a 6-12-24 mesi dall'inizio della terapia risonanza magnetica. Ogni anno ricerca anticorpi anti JC virus su siero (nei pazienti JCV negativi preterapia) e risonanza magnetica encefalo con frequenza variabile (ogni 4 mesi per i pazienti ad alto rischio di PML)

Fingolimod (nome commerciale: Gylenia®).

Luogo e frequenza di somministrazione: via orale, prima somministrazione in ambiente ospedaliero con osservazione per le prime 6 ore (monitoraggio ECG, pressione arteriosa e frequenza cardiaca), successive somministrazioni domiciliari.

Effetti collaterali: cefalea, rinofaringite, infezioni specie delle vie aeree, bradicardia, blocco di conduzione atrioventricolare transitorio e raro, lieve aumento della pressione arteriosa, edema maculare, aumento degli enzimi epatici, linfocitosi.

Frequenza dei controlli previsti: enzimi epatici a scadenza regolare (dopo 1, 3, 6, 9 e 12 mesi dall'inizio del trattamento e in seguito periodicamente), visita oculistica da eseguire 3-4 mesi dopo l'inizio della terapia.

Terapie sintomatiche

Le terapie sintomatiche intervengono sui sintomi ma non sui meccanismi patogenetici alla base della SM: non modificano quindi l'evoluzione della malattia, ma migliorano la qualità di vita (pur comportando alcuni effetti collaterali che vengono sotto descritti).

Sintomo	Farmaco	Effetti collaterali comuni
Depressione	citalopram	nausea, vomito, xerostomia (bocca asciutta), iperidrosi (sudorazione eccessiva), tremore, sonnolenza, insonnia
	fluoxetina	nausea, ansia, insonnia, sonnolenza, riduzione dell'appetito
	paroxetina	ansia, iperidrosi, nausea, riduzione dell'appetito, sonnolenza, vertigini, insonnia, disfunzioni sessuali maschili, xerostomia
	sertralina	sonnolenza, ansia, insonnia, vertigini, nausea, tremore, dispepsia (difficoltà della digestione), riduzione dell'appetito, emicrania, disfunzioni sessuali maschili, xerostomia, perdita di peso
Astenia/fatica	amantadina	vertigini, difficoltà di coordinazione, insonnia, ansia, nausea, vomito
	modafinil	emicrania, nausea, ansia, insonnia
	aminopiridina, fampridina	vertigini, parestesie, crisi convulsive, confusione mentale
Dolore e disturbi della sensibilità	carbamazepina	riduzione dello stato di vigilanza, vertigini, mielodepressione, disartria (difficoltà nell'articolare le parole), stipsi, iponatremia (carezza di sodio), disgeusia, sedazione, atassia, dispepsia, diplopia, rash cutaneo
	gabapentin	sedazione, atassia, fatica, nistagmo, tremore, dispepsia, disturbi oculari
	amitriptilina	aritmia, disturbi oculari, ritenzione urinaria, xerostomia, stipsi, cambiamento del peso, pressione bassa
	pregabalin	vertigini, sonnolenza, xerostomia, edema, disturbi oculari, aumento di peso
Disfunzioni erettili	sildenafil	vasodilatazione, emicrania, dispepsia, congestione nasale, nausea, diarrea, dolore toracico, pressione bassa
	vardenafil	vasodilatazione, emicrania, dispepsia, diarrea, sintomi simil-influenzali, nausea
	tadalafil	vasodilatazione, emicrania, dispepsia, diarrea, sintomi simil-influenzali, nausea, pressione bassa
	alprostadil	dolore sede d'iniezione, vertigini, palpitazioni, sintomi simil-influenzali, emicrania
Disturbi urinari	tolterodina	xerostomia, emicrania, dispepsia, stipsi, disturbi oculari
	oxibutinina	xerostomia, stipsi, fatica, emicrania
	tossina botulinica	debolezza muscolare
	cloruro di trospio	xerostomia, dispepsia, stipsi, dolore addominale, nausea
	Alfa litici • Doxazosina, • Alfuzosina, • Terazosina, • Tamsulosina	sonnolenza, astenia, depressione, cefalea, rinite, diarrea, vertigini, eiaculazione retrograda
Spasticità	baclofen	debolezza, sonnolenza, vertigini, fatica, dispepsia, convulsioni
	tizanidina	nausea, sonnolenza, vertigini, stipsi, xerostomia, debolezza
	diazepam	sonnolenza, fatica, atassia
	clonazepam	sedazione, atassia, vertigini
	tossina botulinica	debolezza muscolare
Tremore	clonazepam	sedazione, atassia, vertigini
	carbamazepina	riduzione dello stato di vigilanza, vertigini, mielodepressione, disartria, stipsi, iponatremia, disgeusia, sedazione, atassia, dispepsia, diplopia, rash cutaneo
Disturbi parossistici	carbamazepina	riduzione dello stato di vigilanza, vertigini, mielodepressione, disartria, stipsi, iponatremia, disgeusia, sedazione, atassia, dispepsia, diplopia, rash cutaneo
	gabapentin	sedazione, atassia, fatica, nistagmo, tremore, atassia, dispepsia, disturbi oculari
	topiramato	stanchezza, vertigini, difficoltà di coordinazione, disturbi della parola, diplopia, problemi di memoria, glaucoma
	clonazepam	sedazione, atassia, vertigini

2. Idoneità alla mansione specifica in lavoratori con SM e ruolo del Medico Competente

La Sclerosi Multipla per le diverse, imprevedibili e mutevoli, a volte poco obiettivabili, sfaccettature cliniche è una patologia che va affrontata con approccio multidisciplinare. Tra le figure che sono coinvolte nella gestione delle persone affette da SM il Medico Competente assume un ruolo fondamentale per un efficace inserimento lavorativo, in collaborazione con le altre figure aziendali deputate alla tutela della salute dei lavoratori.

In occasione del workshop "Sclerosi multipla e diritti: la persona al centro – progetti ed alleanze per la qualità di vita di persone con SM" organizzata lo scorso novembre dall'AIMS, si è avuta notizia di un'indagine conoscitiva, condotta dall'INAIL Settore Ricerca - Dipartimento Medicina del Lavoro, finalizzata a rilevare il fabbisogno formativo del medico competente in materia di sclerosi multipla e lavoro. La ricerca, nata nell'ambito del Programma strategico 2007 del Ministero della Salute dal titolo "Approccio integrato tra i servizi nella rete di riferimento e condivisione di azione interdisciplinare tra operatori di eccellenza in linea con raccomandazioni europee e linee guida nazionali per la sclerosi multipla come modello di disabilità fisica", è stata condotta attraverso questionario somministrato a più di 400 medici competenti. Da quanto sinteticamente riportato nel corso della tavola rotonda, i risultati dello studio, che sono in corso di pubblicazione, offrono diversi spunti di riflessioni, in particolare per quanto concerne la gestione, da parte del medico competente, dei casi di lavoratori affetti da SM. Tra i risultati più interessanti sono da annoverare quelli relativi alla formazione su SM e lavoro; infatti, se la formazione su tale tematica viene segnalata "utile" da circa il 48% dei MC, indipendentemente dal fatto che abbiano o meno avuto casi di lavoratori con SM, essa è indicata "necessaria" per più del 44% dei MC che hanno incontrato difficoltà nella formulazione del giudizio di idoneità incondizionata.⁹

L'affrontare patologie evolutive invalidanti quali la SM può rappresentare un momento qualificante per il medico aziendale. Egli ha modo di mostrarsi non solo come tecnico incaricato di eseguire accertamenti in qualche modo obbligatori e comunque previsti in un definito protocollo, ma come consulente globale del datore di lavoro, in virtù dell'integrazione di conoscenze mediche, tecniche ed ergonomiche sugli ambienti di lavoro. In tal modo il suo compito diventa quello di contribuire a collocare il lavoratore in mansioni adeguate allo stato di salute contingente ed insieme utili per l'azienda, non limitandosi solo ad indicare le attività da escludersi. A tale scopo il sopralluogo negli ambienti di lavoro, obbligatorio almeno una volta l'anno, diventa un momento conoscitivo fondamentale in relazione all'analisi dei rischi per la salute, alle modalità di svolgimento dei singoli compiti, alla valutazione di possibili modifiche strutturali volte all'abbattimento di barriere architettoniche o all'adattamento della singola postazione alle esigenze del lavoratore affetto da SM, sino ad arrivare al suggerimento di modalità di lavoro alternative, quali il telelavoro.

Il colloquio con il lavoratore all'atto della visita medica rappresenta un aspetto cardine per giungere alla formulazione di un soddisfacente giudizio di idoneità alla specifica mansione. In tal senso è importante che il medico riesca ad instaurare un rapporto di fiducia col lavoratore, non sempre scontato in quanto il medico aziendale, a volte, è considerato non uno specialista gradito al paziente che si trova ad affrontare un importante problema di salute, ma una figura imposta dal datore di lavoro per obblighi legali. Ai fini di consentire una corretta valutazione delle proprie condizioni cliniche, il lavoratore dovrebbe riferire tutti gli elementi anamnestici relativi alla patologia in atto e fornire gli esiti di eventuali accertamenti sanitari già effettuati, rassicurato sullo scopo della visita medica, cioè la tutela della sua salute in ambiente di lavoro, e sull'obbligo del medico al segreto professionale.

2.1 Manifestazioni cliniche e loro impatto sull'idoneità lavorativa

I giudizi di idoneità ed i relativi limiti di validità temporale sono condizionati dalla forma clinica di SM, se già inquadrata, e dai deficit funzionali obiettivamente riscontrabili o riportati nella documentazione specialistica di cui si avvale il Medico Competente.

In tal senso gli aspetti della SM che rivestono un ruolo determinante nell'articolazione del giudizio sono sostanzialmente l'andamento della malattia ed i sintomi e segni obiettivi ad essa correlati.

⁹ Relazione del responsabile scientifico del progetto Dott.ssa Persechino del Dip.to Medicina del Lavoro dell'INAIL settore ricerca.

L'imprevedibilità dell'andamento clinico

Allo stato attuale non esiste esame strumentale specifico in grado di predire l'evoluitività della malattia, che varia da persona a persona: solo l'attento monitoraggio per un determinato arco temporale è in grado di inquadrare la forma clinica. Ne deriva una discreta variabilità nell'indicazione dei tempi di rivedibilità sul giudizio di idoneità, che dovrà prevedere visite ravvicinate (anche solo 30-60 giorni) almeno nelle diagnosi recenti o dopo poussées. Si deve comunque tener presente che la forma clinica più frequente è quella a decorso recidivante-remittente, nella quale si prevedono delle ricadute periodiche e la cui evoluzione, in circa il 30-50% dei casi, è rappresentata dalla forma secondariamente progressiva che porta ad una disabilità persistente.

Il Medico Competente può trovarsi di fronte ad un quadro di esordio (disturbi visivi, alterazioni della sensibilità, fatica e debolezza) o ad un quadro già conclamato stabile o in fase di ricaduta, in cui possono essere presenti anche importanti deficit motori temporanei, che possono divenire permanenti.

Nella parte che segue vengono brevemente ripresi i sintomi e segni più frequenti e le più comuni conseguenze sull'idoneità lavorativa.

Sintomi e segni obiettivi più comuni e possibili limitazioni di idoneità

Certamente il sintomo più difficile da affrontare è la *fatica*, specie quando è una manifestazione isolata, non accompagnata da altri disturbi che rendano più obiettivamente la patologia. In particolare la gestione del lavoratore all'interno del ciclo produttivo diviene più complessa quando la fatica è sintomo d'esordio e non vi è ancora una diagnosi di malattia, per cui spesso è scambiata dal datore di lavoro e dai colleghi con svogliatezza e scarsa propensione al lavoro. Anche il Medico Competente si trova in difficoltà nel formulare prescrizioni o limitazioni all'attività in presenza di un quadro per lo più soggettivo e aspecifico.

Poiché la fatica può essere esacerbata da farmaci, infezioni, alterazioni del sonno, stress, depressione ed esposizione al caldo, le modalità con cui il Medico Competente può intervenire mediante il giudizio di idoneità sono:

- limitazione all'esposizione a microclima o clima caldo;
- limitazione al lavoro notturno, favorendo così il mantenimento di un ciclo sonno-veglia regolare;
- esclusione di compiti, nell'ambito della mansione, che comportino elevato impegno fisico o psicologico, suggerendo l'adibizione a compiti non eccessivamente faticosi e che richiedano ridotto impegno cognitivo in ruoli di cui il lavoratore si senta all'altezza;
- prescrizione di pause onde consentire intervalli di riposo in quelle attività che prevedono un impegno fisico quali, ad esempio, movimentazione manuale di carichi, movimenti ripetitivi degli arti superiori, deambulazione protratta. La cadenza delle interruzioni dovrebbe essere stabilita dal Medico Competente in base a quanto dichiarato dal lavoratore circa la periodicità di insorgenza del sintomo e in base alla eventuale valutazione quantitativa della fatica effettuata dallo specialista neurologo e riportata su apposite scale. Può essere utile il confronto con il terapeuta occupazionale, che insegna al paziente con SM le tecniche di risparmio energetico e l'importanza di saper riconoscere il momento in cui effettuare il riposo, prima cioè che si instauri la fatica. Data quindi la variabilità individuale di comparsa di tale sintomo, la prescrizione di pause, in termini di cadenza e lunghezza degli intervalli, può subire aggiustamenti nel tempo grazie a controlli ravvicinati, almeno nella fase di analisi iniziale.

È altresì da considerare che anche una attività sedentaria come quella al videoterminale, che di solito rappresenta una alternativa di reimpiego per persone con deficit motori, può necessitare di pause per l'affaticamento visivo e degli arti superiori impegnati nell'utilizzo di tastiera e mouse.

Non si deve, infine, sottovalutare la fatica mentale, la difficoltà di mantenere un livello attentivo alto e costante per tutto il turno lavorativo, per la cui valutazione il Medico Competente può avvalersi della consulenza di uno psicologo.

In alcuni casi potrebbe risultare utile una riduzione dell'orario di lavoro, ad es. un part-time orizzontale, oppure un orario flessibile.

I *disturbi visivi*, quali l'offuscamento della vista accompagnato o meno da dolore bulbare, la diplopia, il nistagmo, anche se in parte controllabili con le terapie e talvolta autolimitanti in poche settimane, hanno grande peso nella valutazione del Medico Competente, potendo portare ad un giudizio di assoluta non idoneità temporanea alla mansione. Tuttavia un consulto

oculistico per la valutazione del singolo caso, con misurazione del visus residuo, potrebbe consentire anche la permanenza della idoneità con esclusione di attività comportanti un particolare impegno della vista ed, evidentemente, attività ad alto rischio infortunistico, in cui l'integrità visiva rappresenta un requisito fondamentale.

Anche la *spasticità* con eventuali deficit di forza associati rappresenta un elemento di grande impatto nella sfera lavorativa. La presenza di rigidità muscolare, con possibili conseguenti retrazioni mio-tendinee e deformità articolari, è causa oltre che di dolore di limitazioni funzionali a carico di vari distretti. In particolare, se compromessa la deambulazione autonoma, il lavoratore può necessitare di ausili che, a volte, richiedono adeguamenti ambientali del luogo di lavoro sino alla scelta, ove consentito, del telelavoro per l'impossibilità di raggiungimento della sede lavorativa.

Poiché la spasticità può essere esacerbata da fattori climatici, il Medico Competente può tutelare il lavoratore emettendo un giudizio che escluda l'esposizione a temperature estreme (caldo o freddo) e ad umidità.

I giudizi di idoneità con limitazioni o indicazioni sulle modalità più opportune per l'esecuzione di alcuni compiti dipendono dalla localizzazione e dall'entità del *deficit motorio*, possibilmente valutate anche dal fisiatra. A tal fine è importante che lo specialista indichi al Medico Competente quali sono i movimenti compromessi e la motilità residua del distretto interessato, eventualmente utilizzando una apposita modulistica che faciliti la comunicazione col medico aziendale richiedente attraverso la formulazione di un quesito preciso ed una risposta esauritiva e facilmente interpretabile (v. modello *Allegato 1*). È compito poi del medico aziendale convertire praticamente le valutazioni cliniche riportate sul referto in modifiche nello svolgimento della mansione. Ne può derivare, quindi, un giudizio che escluda o limiti: movimentazione manuale di carichi, attività di traino e spinta, movimenti degli arti contro resistenza, deambulazione o mantenimento di postura eretta protratta, assunzione di posture obbligate, guida di automezzi aziendali.

Le *turbe dell'equilibrio* per compromissione cerebellare portano, ad esempio, all'esclusione dal lavoro in quota o dall'uso di scale anche per altezze inferiori ai 2 metri, e certamente all'esclusione della guida di veicoli aziendali.

I disturbi della *sensibilità*, oltre alle limitazioni legate alle eventuali conseguenti turbe della deambulazione e dell'equilibrio, possono controindicare attività che pongano a rischio la sicurezza del lavoratore per motivi infortunistici: manipolazione di sostanze pericolose, utilizzo di utensili che richiedano movimenti fini delle mani, possibilità di contatto con fonti di calore, guida ecc.

I *disturbi di coordinazione* motoria degli arti superiori controindicano attività ripetitive e con ritmi serrati quali quelle presenti nella catene di montaggio, lavori di precisione.

Le *alterazioni intestinali e vescicali*, in particolare l'incontinenza sfinteriale e l'urgenza, sono incompatibili con lavori che non consentono una elasticità individuale nella gestione delle pause. In alcuni casi potrebbe essere suggerita dal medico competente l'attribuzione di una postazione di lavoro in prossimità di servizi igienici.

Non bisogna infine dimenticare, nella valutazione della idoneità, gli *effetti collaterali delle terapie* farmacologiche generalmente prescritte per la cura della SM quali, ad esempio, ansia, insonnia, ipertensione e disturbi gastrici per l'uso degli steroidi nella fase di attacco, la sindrome simil-influenzale per l'uso degli interferoni, l'aumentato rischio di infezioni e le alterazioni ematologiche per l'uso degli immunosoppressori come terapie a lungo termine. Inoltre vanno tenute presenti anche eventuali terapie antidepressive associate con possibili ripercussioni sullo stato di vigilanza.

L'esposizione a *rischio biologico* va attentamente considerata in virtù delle terapie immunosoppressive adottate e per il ruolo delle infezioni nella comparsa di fatica secondaria o nell'aggravamento della spasticità. Particolari precauzioni vanno adottate, quindi, nei confronti dei lavoratori del comparto sanitario, cui possono essere limitati gli accessi in alcuni reparti o lo svolgimento di compiti ad elevato rischio di contatto con agenti patogeni.

FATICA**Limitazioni funzionali**

Importante impatto sulla vita quotidiana, in particolare nell'ambito lavorativo. Limita le capacità funzionali residue sia motorie che cognitive, comportando difficoltà a sostenere a lungo le funzioni mentali e limitando le attività fisiche.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere

Sintomo da valutarsi da parte del neurologo o fisiatra che ha in carico la persona con SM. Esistono diversi questionari di facile somministrazione e sufficientemente attendibili per valutare questo sintomo, in particolare la Modified Fatigue Impact Scale.

Può essere utile il confronto con il terapeuta occupazionale, che insegna al paziente con SM le tecniche di risparmio energetico e l'importanza di saper riconoscere il momento in cui effettuare il riposo, prima cioè che si instauri la fatica.

Non si deve, infine, sottovalutare la fatica mentale, la difficoltà di mantenere un livello attentivo alto e costante per tutto il turno lavorativo, per la cui valutazione il Medico Competente può avvalersi della consulenza dello psicologo/psichiatra.

Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro

Modalità con cui il Medico Competente può intervenire mediante il giudizio di idoneità sono:

- limitazione all'esposizione a microclima o clima caldo
- limitazione al lavoro notturno favorendo così il mantenimento di un ciclo sonno-veglia regolare
- esclusione di attività che inducano maggiore stress psicologico e fisico suggerendo l'adibizione a compiti che richiedono minor impegno cognitivo, a ruoli cui il lavoratore si senta all'altezza
- prescrizione di pause onde consentire intervalli di riposo in quelle attività che prevedono particolare impegno fisico (es. movimentazione manuale di carichi, deambulazione protratta) o per attività come quella al videoterminale (può necessitare di pause per l'affaticamento visivo e degli arti superiori)
- eventuali riduzioni di orario o part-time

DISTURBI MOTORI**Limitazioni funzionali**

Possono manifestarsi come limitazioni nella deambulazione, nei passaggi posturali, nei trasferimenti. Può essere presente una compromissione delle capacità manipolative sia prossimali che distali (movimenti fini degli arti superiori) con conseguente riduzione delle autonomie di vita quotidiana ed impatto sulla capacità lavorativa.

Anche la spasticità con eventuali deficit di forza associati rappresenta un elemento di grande impatto nella sfera lavorativa.

La presenza di rigidità muscolare con possibili conseguenti retrazioni miotendinee e deformità articolari, oltre che causa di dolore è causa di limitazioni funzionali a carico di vari distretti.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere

La valutazione dei disturbi motori, al fine di definirne le conseguenti limitazioni funzionali, è affidata al fisiatra. La documentazione da raccogliere può comprendere: valutazioni strumentali del cammino (analisi del cammino), scale cliniche quali l'Amputation Index ed il Time to Walk test che definiscono il grado di compromissione della capacità deambulatoria, scale di valutazione della funzionalità degli arti superiori quali l'Action Research Arm Test.

DISTURBI MOTORI**Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere**

E' importante che lo specialista indichi al Medico Competente quali sono i movimenti compromessi e la motilità residua del distretto interessato, eventualmente utilizzando una apposita modulistica che faciliti la comunicazione col medico aziendale richiedente attraverso la formulazione di un quesito preciso ed una risposta esaustiva e facilmente interpretabile (v. modello Allegato 1).

Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro

In presenza di deambulazione autonoma compromessa (danno motorio grossolano), il lavoratore può necessitare di ausili che possono comportare adeguamenti ambientali del luogo di lavoro (ad esempio l'installazione di porte di entrata elettriche) sino alla scelta, ove consentito, del telelavoro nei casi di impossibilità di raggiungimento della sede lavorativa.

Prevedere per il danno motorio fine determinati ausili:

- ausili informatici specifici
- ausili per la scrittura
- appoggi per l'arto superiore
- eventuali girapagine e cuffie per il telefono

Poiché la spasticità può essere esacerbata da fattori climatici, il Medico Competente può tutelare il lavoratore emettendo un giudizio che escluda l'esposizione a temperature estreme (caldo o freddo) e ad umidità oppure prescrivere specifici adattamenti come per esempio la riduzione della temperatura attraverso metodi di ventilazione ormai usuali.

E' compito poi del Medico Competente convertire praticamente le valutazioni cliniche riportate sul referto in modifiche nello svolgimento della mansione. Ne può derivare, quindi, un giudizio che escluda o limiti: movimentazione manuale di carichi, attività di traino e spinta, movimenti degli arti contro resistenza, deambulazione o mantenimento di postura eretta protratta, assunzione di posture obbligate, guida di automezzi aziendali.

Limitazioni funzionali

Le conseguenze dei disturbi della sensibilità si manifestano con la presenza di turbe della deambulazione, in particolar modo dell'equilibrio, e disturbi nella manipolazione, in questo caso in particolare della manipolazione fine agli arti superiori.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere

La valutazione dei disturbi della sensibilità con lo scopo di definire le conseguenti limitazioni funzionali è di pertinenza dello specialista Fisiatra. Similmente ai disturbi motori può essere utile raccogliere documentazione clinica sulla capacità deambulatoria, in particolare per quanto riguarda il possibile disturbo di equilibrio, attraverso una valutazione strumentale con pedana stabilometrica o con la scala clinica Berg Balance Scale. Per gli arti superiori può essere utile utilizzare, come per i disturbi motori, la scala Action Research Arm Test.⁴

Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro

I disturbi della sensibilità possono rendere faticosi o pericolosi compiti che comportano contatto con sostanze pericolose, attività pericolose (es. uso di fiamme, macchine in movimento), guida di automezzi, lavori di precisione.

DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ

DISTURBI VISIVI**Limitazioni funzionali**

Impatto sulla capacità dell'utilizzo di attrezzature audiovisive (computer, apparecchiature con interfacce visive) e sulla lettura, se gravi possono avere impatto anche sulla deambulazione o sulla capacità manipolativa. Tra i vari disturbi visivi è spesso misconosciuta la difficoltà di percezione della profondità, che rende molto difficile, se non impossibile, scendere le scale o camminare in esterno (discese, terreno sconnesso).

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere

Lo specialista di riferimento in questo caso può essere il neurologo o l'oculista con competenze neuro-oftalmologiche. È importante raccogliere documentazione attestante la presenza di eventuale deficit campi-metrico, una valutazione del nistagmo e della eventuale presenza di diplopia.

Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro

I disturbi visivi, quali la riduzione dell'acuità visiva accompagnata o meno da dolore bulbare, la diplopia, il nistagmo, anche se in parte controllabili con le terapie e in alcuni casi autolimitanti in poche settimane, possono portare ad un giudizio di non idoneità temporanea alla mansione. La consulenza oculistica può dare indicazioni per consentire un giudizio di idoneità con esclusione di attività comportanti un particolare impegno della vista o ad alto rischio infortunistico.

La difficoltà di percezione della profondità è problema che potrebbe non emergere nella valutazione EDSS e che può comportare limitazioni di idoneità (ad es. guida, lavoro in quota e uso di scale). Riduzioni dell'acuità visiva possono interessare anche le attività che utilizzano il visus per vicino (attività di precisione, lavori di ufficio etc.).

Per i disturbi visivi sono altresì previsti accorgimenti ed ausili:

- predisposizione di un'illuminazione ottimale
- previsione di frequenti momenti di pausa
- utilizzo di ausili tecnologici quali ad esempio ingranditori.

DISTURBI DELLA COORDINAZIONE**Limitazioni funzionali**

Possono comportare limitazioni funzionali della capacità manipolativa e dell'utilizzo degli arti superiori con compromissione della capacità di alimentarsi, vestirsi, lavarsi, scrivere, utilizzare un PC. Agli arti inferiori le limitazioni riguardano sia la deambulazione che l'equilibrio con un aumentato rischio di caduta e, nei casi più gravi, la difficoltà nel mantenere la stazione eretta. In ambiente lavorativo i disturbi della coordinazione sono da ritenersi fra i più limitanti ed insidiosi.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere

Le figure specialistiche che valutano i disturbi della coordinazione sono in particolare il medico Fisiatra ed il Neurologo. È importante raccogliere documentazione per il disturbo di coordinazione sia di tipo strumentale (esame del cammino, pedana stabilometrica) che clinico, Ambulation Index, Berg Balance Scale. Per gli arti superiori il disturbo di coordinazione può essere valutato con il Nine hole peg test, parte della scala Multiple Sclerosis Functional Composite Score, o con misure strumentali che danno un indice oggettivo della incoordinazione.

Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro

Le turbe dell'equilibrio portano all'esclusione dal lavoro in quota o dall'uso di scale anche per altezze inferiori ai 2 metri, ed eventualmente dalla guida.

I disturbi di coordinazione motoria degli arti superiori rendono controindicate attività ripetitive e con ritmi serrati quali quelle presenti nelle catene di montaggio, ovvero i lavori di precisione

SINTOMO	SCHEMA RIASSUNTIVO	
DISTURBI SFINTERICI	Limitazioni funzionali	<p>Rappresentano una causa importante di limitazione dell'autonomia funzionale, sociale e lavorativa, possono provocare complicanze come frequenti infezioni recidivanti delle vie urinarie, fino a idronefrosi e insufficienza renale acuta da ritenzione e reflusso vescico-ureterale, aumento del rischio di lesioni da decubito sacrali. Le infezioni urinarie possono anche determinare peggioramento della sintomatologia legata alla malattia quali: aumento della spasticità o della fatica, stress emotivo, disturbi del sonno, rischio di isolamento sociale. Incontinenza fecale è sintomo estremamente disabilitante</p>
	Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere	<p>Lo specialista da consultare in questo caso sono l'Urologo ed il Colonproctologo. La limitazione delle attività lavorative può essere imputata ad un quadro di disturbo urinario ritentivo o misto che necessiti frequentemente l'utilizzo del cateterismo intermittente. E' importante raccogliere documentazione tramite scale cliniche o diari clinici sull'utilizzo di ausili per il disturbo urinario o fecale che possano arrivare a limitare l'attività lavorativa. Si sottolinea che la scala EDSS non considera in modo adeguato l'incontinenza fecale (eventualmente richiedere valutazione del colonproctologo)</p>
	Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro	<p>Le alterazioni intestinali e vescicali, in particolare l'incontinenza sfinteriale e l'urgenza, sono incompatibili con lavori che non consentono una elasticità individuale nella gestione delle pause. Può essere utile suggerire che sia disponibile un bagno in prossimità della postazione di lavoro.</p>
DISTURBI COGNITIVI E DELL'UMORE	Limitazioni funzionali	<p>Importante impatto sulla attività lavorativa, spesso comporta difficoltà nel mantenimento del lavoro in particolare a causa delle problematiche riguardanti il mantenimento di una attenzione sostenuta e per la ridotta capacità di problem solving.</p>
	Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere	<p>Lo specialista da consultare in questo caso può essere il medico Neurologo che ha in carico la persona e che si occupa della valutazione neuropsicologica. Sono numerosi i test clinici che possono valutare il disturbo cognitivo, da raccogliere come documentazione di interesse è sicuramente il Mini Mental State Examination8, il Pasat9 ed il Symbol Digit Modality Test</p>
	Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro	<p>I disturbi cognitivi possono comportare un ampio spettro di limitazioni lavorative (ad es. attività che prevedono alta concentrazione, guida di mezzi, responsabilità etc.). Per i disturbi dell'umore potrebbero essere controindicate, in alcuni casi, le attività a contatto con pubblico. Inoltre, sarebbe utile prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aiuti mnemonici - eliminazione di eventuali fonti di disturbo o distrazione - riduzione dello stress lavoro-correlato - previsione di momenti di pausa

DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE E DELLA DEGLUTIZIONE

Limitazioni funzionali

I disturbi della comunicazione rendono difficile e faticosa sia l'espressione verbale che la comprensione da parte dell'interlocutore con un rischio di isolamento sociale con difficoltà nei rapporti relazionali sia di natura personale che lavorativa. I disturbi della deglutizione limitano la socialità e spesso rendono necessaria la presenza di un caregiver.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere

La valutazione dei disturbi della comunicazione e le relative limitazioni funzionali si avvale della consulenza specialistica del medico Foniatra che collabora con il Fisiatra anche nell'identificazione degli ausili idonei a superare le limitazioni imposte dai disturbi comunicativi e della deglutizione. E' importante in particolare raccogliere la documentazione riguardante gli indicatori di disfunzione articolatoria o pneumofonica per quantificare con precisione il disturbo

Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro

Sono specificamente controindicate le attività che prevedono l'uso fondamentale della parola (call center, centralinista, lavori di sportello). Inoltre, per la disabilità nell'eloquio, sarebbe opportuno togliere il rumore di fondo, fornire amplificatori vocali o sistemi informatici su cui poter scrivere.

EFFETTI COLLATERALI DELLE TERAPIE

Limitazioni funzionali

Le terapie immunosoppressive possono favorire le infezioni. Alcune terapie aggravano la spasticità.

Consulenze specialistiche e documentazione da raccogliere

Le manifestazioni infettive sono causa di fatica secondaria. Per la spasticità v. sopra.

Limitazioni lavorative e prescrizioni da parte del medico del lavoro

Occorre porre attenzione al rischio da esposizione ad agenti biologici. Per le alterazioni della motilità v. sopra.

Come si è detto, il Medico Competente è chiamato a svolgere una funzione complessa che può essere sommariamente distinta in due compiti principali:

- espressione del giudizio di idoneità alla mansione, secondo le disposizioni del D.Lgs. 81/2008 e norme correlate;
- collaborazione con il datore di lavoro ed il lavoratore non solo nell'ambito della valutazione del rischio, con specifico riguardo alle condizioni di disabilità, ma anche per un corretto e proficuo inserimento nella mansione più appropriata (consulenza ergonomica, turni ritmi e pause, barriere architettoniche e così via).

Il primo tipo di compiti segue criteri strettamente delineati dalla legge, che verranno discussi in dettaglio di seguito, mentre il secondo è guidato soprattutto dalla capacità di iniziativa e di relazione, dalle conoscenze tecniche e dall'utilizzo di strumenti e consulenze appropriate, e verrà trattato nel paragrafo successivo.

Per quanto riguarda le visite mediche previste dal D.Lgs. 81/2008, le varie tipologie possono essere raggruppate, ai fini della presente trattazione, nei seguenti tipi principali.

1) Visita preventiva/preassuntiva. A questo tipo di visita il lavoratore con SM può presentarsi in diverse situazioni:

- nel contesto di un collocamento obbligatorio ai sensi della L. 68/99;
- nel contesto di una normale assunzione, con o senza una certificazione di invalidità civile.

2) Visita periodica. Nel caso delle visite periodiche, le situazioni più critiche possono essere:

- la comparsa di una diagnosi di SM, riferita dal lavoratore, in assenza di precedenti problemi di salute di rilievo;
- il peggioramento di una SM nota;
- il rilievo di sintomi o segni obiettivi non precedentemente rilevati, di cui è necessario approfondire la diagnosi.

3) Visita a richiesta del lavoratore. Le occasioni per una visita a richiesta del lavoratore sono verosimilmente determinate dalle stesse situazioni critiche indicate nel punto precedente.

A tal fine, è importante che il lavoratore affetto da SM sia informato sulla possibilità di richiedere visite straordinarie, al di fuori delle periodicità indicate nel protocollo sanitario o nell'ultimo giudizio di idoneità rilasciato, qualora si verificano delle ricadute o un aggravamento in grado di compromettere la normale esecuzione dei compiti della mansione. È accoglibile anche una domanda di visita formulata da un lavoratore non soggetto a sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 81/08, ma che potrebbe essere successivamente inserito tra i controlli periodici qualora l'ambiente di lavoro possa costituire un rischio per la salute in virtù delle caratteristiche patologiche individuali del soggetto.

3) Visita per rientro dopo assenza > 60 giorni continuativi per motivi di salute.

Questo accertamento, di recente introduzione, assume un ruolo significativo nell'ambito di una patologia che spesso induce l'abbandono prematuro del posto di lavoro o compromette il mantenimento di una continuità lavorativa. Riveste quindi un ruolo importante nella valutazione delle capacità funzionali residue dopo un episodio di recrudescenza della malattia, evidentemente di entità tale da dover comportare una prolungata assenza dal lavoro.

3) Visita per cambio mansione. Può essere richiesta dal datore di lavoro quando il lavoratore debba essere collocato in una mansione diversa da quella svolta, sia per semplici ragioni legate all'organizzazione aziendale, sia invece qualora il lavoratore affetto da SM sia risultato inidoneo alla mansione del profilo di appartenenza o abbia ottenuto limitazioni di idoneità per le quali diviene più proficuo per l'azienda l'adibizione ad altri compiti cui egli potrebbe essere giudicato pienamente idoneo. In tutti i casi, il Medico Competente affronta tale visita come una visita preventiva, ma spesso gli è richiesto uno specifico contributo nell'individuazione della mansione più indicata, nella esclusione di alcuni compiti, nell'approntamento di ausili o cautele particolari.

Le principali criticità delle visite mediche sopra indicate, e le possibili soluzioni, sono discusse di seguito.

I compiti del Medico Competente non sono diversi da quelli consueti, quando effettua una visita preventiva ad un lavoratore avviato ai sensi della L. 68/99. In molti casi peraltro il giudizio è facilitato dall'esistenza di una documentazione sufficientemente ampia e completa, che consente una valutazione accurata di ogni aspetto.

I riferimenti normativi a cui affidarsi, tratti dal D.Lgs. 81/2008, sono:

- art. 18 c. 1 lett. c: il datore di lavoro deve "nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza";
- art. 28, c.1: "La valutazione [dei rischi] [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato [...] e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza [...] nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro";
- art. 41 c.2 lett. a: la sorveglianza sanitaria comprende la "visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica";
- art. 43 c.1 lett. e: il datore di lavoro "adotta i provvedimenti necessari affinché qualsiasi lavoratore, in caso di pericolo grave ed immediato [...] possa prendere le misure adeguate per evitare le conseguenze di tale pericolo" (il DM 10/03/1998, all'Allegato VIII-8.3.1, specifica che "Qualora siano presenti lavoratori disabili, il piano di emergenza deve essere predisposto tenendo conto delle loro invalidità").

Fermo restando, quindi, che la visita medica non deve avere finalità selettive, non deve cioè valutare l'abilità e l'efficienza produttiva del lavoratore ma soltanto i rischi per la salute e la sicurezza dello stesso e di eventuali terzi, il Medico Competente è l'attore più qualificato, all'interno del sistema di prevenzione e protezione, per indicare:

- l'esistenza di situazioni di rischio in specifico rapporto con le menomazioni del lavoratore (ad es. condizioni ambientali, uso di attrezzature e simili che, pur non comportando problemi particolari per la generalità dei lavoratori, possono costituire un fattore di rischio per la persona con SM);
- la possibilità di ovviare alle situazioni di rischio mediante misure organizzative, prescrizioni o limitazioni in ordine alla mansione da svolgere, e così via.

È importante notare che il giudizio, che deve essere complessivo (di "idoneità alla mansione specifica") e specifico (relativo alla realtà lavorativa in esame), può differire in modo anche rilevante rispetto alle valutazioni formulate dalla Commissione Medica ex L. 68/99, che rispondono al criterio detto della "capacità lavorativa semispecifica". Esso può distinguersi sia in senso più restrittivo rispetto a quanto riportato sul verbale della Commissione (in questa azienda le mansioni risultano troppo pericolose o complesse, anche se il verbale non segnala controindicazioni particolari), sia in senso meno restrittivo (le condizioni in azienda sono ben controllate e sicure ed i rischi residui, anche se indicati sul verbale come da evitarsi, non sono tali da costituire una reale fonte di rischio per l'assumendo).

Nel caso di assunzione attraverso la mediazione dei Centri per l'Impiego, in genere il soggetto avviato è stato sommariamente selezionato e per lo più risulta collocabile in modo utile e sicuro. Può peraltro avvenire che l'avvio non abbia considerato adeguatamente le condizioni oggettive del lavoro da svolgersi, e pertanto sia necessario emettere un giudizio di non idoneità. In questo caso è opportuno prendere ulteriore contatto con la struttura che ha promosso l'avvio al lavoro, affinché sia attivato un percorso alternativo.

In conclusione il medico, in base ai dati anamnestici ed alla valutazione dei referti specialistici esibiti, tenute in considerazione le controindicazioni, seppur generiche, a determinate attività rilasciate dalla Commissione ex L. 68/99, in base allo stadio clinico della malattia ed all'esame obiettivo, emette il giudizio di idoneità, che può essere assoluta oppure condizionata da limitazioni o prescrizioni. In caso di inidoneità alla specifica mansione e qualora in azienda non siano disponibili altre collocazioni il soggetto invalido inviato a visita ex L. 68/99 viene reinserito, a sua richiesta, nelle liste del collocamento mirato per eventuali altre destinazioni lavorative.

È necessario anzitutto ricordare che "il datore di lavoro non può chiedere al disabile una pre-

stazione non compatibile con le sue minorazioni" (art. 10, c. 2, L. 68/99).

Qualora nel corso del rapporto di lavoro il soggetto con SM, assunto nelle quote di riserva, perda in tutto od in parte l'idoneità alle mansioni inizialmente ricoperte, si attiva una serie di opzioni previste dalla legge.

In base all'art. 10, c. 3, della L. 68/99, nel caso di aggravamento delle condizioni di salute o di significative variazioni dell'organizzazione del lavoro, la persona disabile può chiedere che venga accertata la compatibilità delle mansioni a lui affidate con il proprio stato di salute. Allo stesso modo il datore di lavoro può chiedere che vengano accertate le condizioni di salute del lavoratore 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 risulti incompatibile con la prosecuzione dell'attività lavorativa, o tale incompatibilità sia accertata con riferimento alla variazione dell'organizzazione del lavoro, il lavoratore 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 per la Legge 68/99, sentito il Centro per l'Impiego. Il rapporto di lavoro può, infine, 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.

Pertanto, in questi casi il Medico Competente deve attivare la corretta procedura attraverso la Commissione ex L. 68/99, in quanto l'espressione di un giudizio di non idoneità alla mansione deve essere ritenuto preliminare alla ulteriore e definitiva valutazione della Commissione.

Debbono essere, infine, considerate anche le indicazioni derivanti dal D.Lgs. 81/2008, riferibili a tutti i lavoratori, e ricordate nel paragrafo seguente.

Lavoratori non riconosciuti disabili ai sensi della L. 68/99, o che si ammalano nel corso del rapporto di lavoro

In questi casi, il giudizio di idoneità deve seguire i criteri generali della medicina del lavoro e medico-legali indicati dalla dottrina e dalla normativa.

È indubbio che la minore predisposizione - sia nel datore di lavoro che nel lavoratore - ad affrontare la problematica della disabilità, perché impreveduta e non ufficializzata, costituisce una sfida in più per il Medico Competente, che è d'altronde abituato a confrontarsi con le piccole disabilità attraverso i giudizi di idoneità con prescrizioni o limitazioni, e così via.

È importante ricordare in prima istanza tutto quanto detto più sopra, e che sarà sviluppato nei capitoli successivi, in tema di ergonomia e sicurezza (ad es. misure di emergenza). In particolare, le specifiche indicazioni in ordine alla sicurezza devono, se non già affrontate in precedenza, essere prontamente attivate nei confronti delle problematiche poste dal caso in esame.

Nel caso di disabilità importanti insorte nel corso del rapporto di lavoro, occorre ricordare i riferimenti normativi più importanti.

L'articolo 42 del D.Lgs. 81/2008 dispone che "Il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'idoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza".

Questa disposizione richiama l'art. 4, comma 1 della L. n. 68/1999 il quale prevede che per "i lavoratori che divengono inabili allo svolgimento delle proprie mansioni in conseguenza di infortunio o malattia [...] 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".

Da ciò deriva l'obbligo del datore di lavoro di cercare nell'ambito dell'attività aziendale una

ricollocazione adeguata alle attuali condizioni di salute del lavoratore divenuto suo malgrado inidoneo alla mansione specifica, e solo laddove si sia provveduto alla ricerca in modo del tutto corretto ed equo, qualora questa non abbia esito positivo sarà possibile ricorrere come rimedio inevitabile al licenziamento del lavoratore [si veda il consolidato orientamento della Suprema Corte circa la liceità dell'eventuale accordo tra datore di lavoro e lavoratore rivolto ad evitare il licenziamento attraverso l'adibizione di quest'ultimo a mansioni diverse, sia pure inferiori (Cass. 4 maggio 1987, n. 4142), e questo proprio perché l'inidoneità sopravvenuta allo svolgimento delle mansioni costituisce giustificato motivo oggettivo di licenziamento (Cass. 18 marzo 1995, n. 3174)].

Dalla disposizione della L. 68/1999 consegue anche, all'opposto, che il lavoratore dipendente, al quale venga riconosciuto un grado di invalidità civile non inferiore al 60% (purché non sia divenuto inabile a causa dell'inadempimento da parte del datore di lavoro delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro), può essere computato nelle quote di riserva, venendo così a fruire di un trattamento di maggior tutela e consentendo al datore di lavoro di ritenere non troppo penalizzante il suo mantenimento al lavoro nell'azienda.

Nel caso, invece, di sintomi insorti di recente e non ancora inquadrati dal punto di vista diagnostico, è addirittura possibile che al Medico Competente succeda di dover suggerire gli opportuni approfondimenti, non solo al fine di formulare il giudizio di idoneità, ma anche per ottenere una diagnosi circostanziata. A seconda delle situazioni, il Medico Competente può indirizzare il lavoratore al Medico di Medicina Generale, oppure richiedere direttamente una valutazione specialistica (ad es. neurologica e/o fisiatrica) per documentare caratteristiche ed entità di disturbi per i quali potrebbero essere necessarie limitazioni all'esecuzione di determinate attività.

In questi casi, il Medico Competente può sospendere il giudizio, in attesa degli approfondimenti diagnostici, oppure indicare fin da subito limitazioni o prescrizioni, probabilmente temporanee, per garantire la sicurezza del lavoratore e/o di terzi, riservandosi il giudizio definitivo ad un momento successivo, verosimilmente in tempi ragionevolmente brevi.

La fatica quale fattore critico dell'idoneità alla mansione: un caso approdato davanti al giudice del lavoro.

Il caso che segue presenta luci e ombre, ma è esemplificativo delle difficoltà che possono insorgere nella gestione della SM in ambito lavorativo.

Si tratta di un soggetto nato nel 1969, al quale nel 2003 (34 anni) viene diagnosticata una SM caratterizzata da deficit visivo ad un occhio e da modesti disturbi sensitivi ad un arto. Il paziente è subito posto in trattamento con interferone. Viene inoltre riconosciuto invalido civile al 46% e, avendo ormai cessato l'ultimo lavoro (ha svolto in passato alcune attività diverse: fabbrica di conduttori elettrici, operaio alle presse, muratore), viene iscritto nelle liste speciali del collocamento; nel verbale di accertamento è prescritta "l'esclusione di movimentazione di carichi oltre i 10 kg e di stazione eretta prolungata (prescritta alternanza 4 ore in piedi e 4 ore seduto)".

Nel 2004 viene assunto come disabile, su chiamata nominativa (in quanto già conosciuto per avervi lavorato in precedenza), da un'azienda che produce serramenti pesanti, ed adibito al magazzino. Il Medico Competente lo giudica idoneo con la seguente prescrizione: "Controindicazioni allo svolgimento di attività lavorative comportanti effettiva esposizione a elevato dispendio energetico, elevato impegno muscolare isometrico". L'attività (distribuzione indumenti, commissioni fuori azienda) è adatta e ben tollerata. Poiché però essa richiede anche il confezionamento di dépliant pubblicitari, compresa la movimentazione di scatole pesanti, egli si rivolge al Medico Competente ed al datore di lavoro, con i quali concorda di essere dotato di un apparecchio di sollevamento, ausilio che si rivela utile ed efficace.

Due anni dopo, al rientro dopo una lunga assenza per un intervento ad un ginocchio, il lavoratore viene adibito ad un diverso magazzino. Qui l'attività comporta sia l'immagazzinamento di componenti acquistati dall'azienda, che giungono da fuori su autocarro, compreso l'aiuto ai trasportatori che si occupano dello scarico; sia la distribuzione dei pezzi richiesti dai colleghi presso le linee di montaggio, che viene effettuata su lunghi tratti (anche un km) con l'aiusilio di un carrello elettrico. Alcuni di questi compiti sono piuttosto

pesanti; il Medico Competente, nuovamente interpellato, lo giudica "idoneo alla mansione con le seguenti prescrizioni: no sforzi fisici di alcun tipo; pertanto idoneo al magazzino se opera solo come carrellista"; al dipendente però non vengono modificati i compiti richiesti. Le condizioni di salute sono stabili (l'EDSS è 2,5; sono presenti un modesto deficit visivo e un minimo disturbo della sensibilità); il lavoratore però, che prosegue la terapia interferonica, lamenta fatica eccessiva, ed inizia ad assentarsi spesso per brevi periodi di pochi giorni per recuperare le forze. Si verificano anche altre assenze più lunghe (due interventi per ernia ombelicale, una caduta con lesione al gomito). Compaiono sintomi psichici (ansia, depressione, deficit mnemonici, paure ingiustificate con condotte di controllo). Infine, nel maggio 2005 viene licenziato per superamento del periodo di comportamento (cioè del numero massimo di giorni di assenza per malattia contrattualmente previsto).

Il lavoratore ha ricorso alla Magistratura, chiedendo il reintegro, in quanto le assenze risultavano a suo giudizio causate dal comportamento del datore di lavoro, che lo aveva adibito a mansioni non adeguate al suo stato di salute. Su richiesta del giudice, il consulente tecnico, medico del lavoro, ha ritenuto da un lato che l'attività svolta non abbia modificato la storia naturale della malattia (che essa cioè non si sia aggravata a causa del lavoro), dall'altro che una parte delle assenze fosse giustificata dal sintomo "fatica" determinato dall'eccessiva onerosità fisica della mansione svolta, per la quale il Medico Competente aveva posto delle prescrizioni/limitazioni che furono in un primo momento rispettate ma successivamente disattese.

2.4 La diagnosi funzionale ed il profilo socio-lavorativo: strumenti per un corretto inserimento lavorativo

Un ruolo fondamentale nella valutazione della compatibilità tra disabilità e mansioni lavorative è svolto dagli strumenti diagnostici e valutativi, ormai numerosi, abbastanza diffusi e disegnati in modo da coprire l'intero spettro delle informazioni utili (dalla descrizione degli aspetti sanitari, alla valutazione delle potenzialità e dei limiti funzionali, al profilo socio-lavorativo). È necessario pertanto che il Medico Competente acquisti familiarità con questi descrittori e che ne richieda l'uso ai medici specialisti ed agli altri operatori implicati nella gestione dell'inserimento o del mantenimento al lavoro della persona con SM.

I più comuni strumenti valutativi relativi ai singoli aspetti funzionali sono descritti nel capitolo 1. Altri strumenti sono invece destinati ad una descrizione complessiva della persona disabile, con specifico riferimento ai suoi deficit funzionali e delle sue potenzialità.

Nel caso specifico del lavoratore inserito al lavoro ex L. 68/99, al fine di un corretto collocamento "mirato" nel posto di lavoro, è essenziale che il Medico Competente prenda visione del cosiddetto "**giudizio di idoneità semispecifica**" espresso al termine dell'iter valutativo previsto dalla L. 68/99 e lo analizzi contestualizzandolo alla valutazione del rischio.

L. 68/99:

Art. 1 comma 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 19.92, 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."

(I criteri di cui sopra sono descritti nel DPCM 13 gennaio 2000).

Art. 2 (**Collocamento mirato**)

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.

Beneficiari del "collocamento mirato":

- persone con minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e portatori di handicap intellettuale;
- in età lavorativa e interessate al lavoro;
- riconosciute invalidi civili, con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%

II DPCM 13 gennaio 2000

Stabilisce i criteri secondo i quali le commissioni di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, effettuano l'accertamento delle condizioni di disabilità che danno diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili ed i criteri e le modalità per l'effettuazione delle visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante.

Nell'accertamento delle condizioni di disabilità si tiene conto della *diagnosi funzionale* della persona disabile e del suo *profilo socio-lavorativo*.

La diagnosi funzionale è la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale della persona disabile. Si basa sui dati anamnestico-clinici, nonché sulla valutazione della documentazione medica preesistente. L'accertamento è eseguito secondo le indicazioni contenute nella scheda per la definizione delle capacità di cui all'allegato 1, utilizzando le definizioni medico-scientifiche, contenute nell'allegato 2.

L'accertamento delle condizioni di disabilità comporta la definizione collegiale della capacità globale attuale e potenziale della persona disabile e l'indicazione delle conseguenze derivanti dalle minorazioni, in relazione all'apprendimento, alla vita di relazione e all'integrazione lavorativa.

La commissione di accertamento, sulla base delle risultanze derivanti dalla valutazione globale, formula, entro quattro mesi dalla data della prima visita, la relazione conclusiva.

La commissione di accertamento, nella relazione conclusiva, formula suggerimenti in ordine ad eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro della persona disabile.

Le schede allegate al DPCM 13 gennaio 2000 sono riportate nell'appendice della presente pubblicazione.

3. Riabilitazione e consulenza ergonomica ai fini lavorativi. Interventi sulla persona, sugli ambienti e l'impiego di ausili.

3.1 La situazione in Italia

Per quel che riguarda l'inserimento lavorativo e il mantenimento del posto di lavoro, la situazione italiana è sostanzialmente arretrata rispetto alla cultura dell'inserimento lavorativo dei Paesi soprattutto di lingua inglese; è però in costante aumento una maggiore sensibilità verso questo tema, di cui l'AIMS è capofila culturale prima ancora che operativa.

Nella cultura riabilitativa italiana d'altra parte si possono inscrivere positivamente le problematiche lavorative se si considerano le due leggi architrave del mondo riabilitativo, le Linee guida per la Riabilitazione del 1998¹⁰ e il Piano di Indirizzo del 2011¹¹.

Le figure che possono giocare un ruolo attivo in questa parte della lotta alla malattia sono inseribili a pieno titolo nel team riabilitativo così come viene delineato dalla più moderna cultura riabilitativa. Le figure del team più rappresentative per valutare il rapporto tra lavoratore e mansione lavorativa sono certamente il medico fisiatra e il terapeuta occupazionale, figura ancora poco presente in Italia, ma certamente in netta crescita, insieme con l'assistente sociale e l'educatore professionale. Sia le Linee Guida per la Riabilitazione, sia il recentissimo Piano di Indirizzo per la Riabilitazione sottolineano come sia imprescindibile l'attività del team riabilitativo nel suo complesso.

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito dei limiti della sua menomazione (Linee Guida per la Riabilitazione, 1998). D'altra parte lo scopo dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona disabile; Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con disabilità, art. 26). Compito quindi dell'intervento riabilitativo è definire la "persona", per poi realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa, nell'ottica del reale *empowerment*, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto (Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, 2011). Nello specifico tema, le attività di riabilitazione sociale sono le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili (Linee Guida per la Riabilitazione, 1998).

Il team è lo strumento operativo per il lavoro interprofessionale-disciplinare attuato in riabilitazione da molti anni. Esso rappresenta il metodo più efficace di lavoro per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali e tutela il professionista da eventuali rischi di isolamento e di *burnout* professionale. Nell'esercizio delle sue attività il team deve affrontare le condizioni di lavoro, in termini di metodologia, organizzazione ed operatività, che consentano una precisa differenziazione di competenze rispetto alle diverse professionalità. La differenziazione di ruoli e competenze si accompagna anche ad un'altra attività che caratterizza tutto il lavoro del team, rappresentata da un monitoraggio costante che verifichi un'efficace integrazione degli interventi definiti e attuati dall'elaborazione di un progetto comune. Il Progetto Riabilitativo Individuale, elaborato a livello di team e che ha come responsabile il medico specialista in riabilitazione, è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo più mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente. È necessario sottolineare che molto spesso per un unico utente il team deve operare su più ambiti, in considerazione delle diverse situazioni in cui si attuano gli interventi e dei contenuti degli stessi durante l'intero percorso riabilitativo (Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, 2011).

10 *Linee Guida del Ministro della sanità per le attività di Riabilitazione*: Accordo sul documento da parte della Conferenza Permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, 07.05.1998

11 *Piano di Indirizzo per la Riabilitazione*: Accordo sul documento da parte della Conferenza Permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, 10.02.2011

Il Progetto Riabilitativo Individuale rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per tutto ciò, unico per ciascuna persona, definito dal medico specialista in riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti coinvolti. Elementi essenziali sono sempre rappresentati dalla piena informazione e dalla partecipazione consapevole ed attiva alle scelte ed agli interventi da parte della persona che ne è al centro, della famiglia e del suo contesto di vita. Gli interventi derivanti dal progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi ed indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso. Il Progetto Riabilitativo Individuale, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia ed i *caregiver*; definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti (Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, 2011).

3.2 Ergonomia e sclerosi multipla

L'ergonomia è invece definibile come lo studio dell'interazione ambiente/uomo per ricercare il miglior spazio possibile per il luogo di lavoro. A ciò si può arrivare utilizzando anche tecnologie assistite per aiutare la persona, allo scopo di migliorare la soddisfazione dell'utente e l'insieme delle prestazioni del sistema.

Roessler¹² nel 1996 ha proposto una esauriente rassegna delle variabili per l'*assessment* complessivo della persona con sclerosi multipla ai fini dell'inserimento lavorativo. Egli, ricco della cultura statunitense sul tema, approfondita e specifica, propone una lettura integrale del tema, presentando la Scala WES (Work Experience Survey), intervista strutturata che permette al professionista della riabilitazione di capire dove la malattia ha creato difficoltà nel tema lavoro; ancora introduce la Scala Goldberg che valuta gli eventuali problemi incontrati da soggetti disabili sul lavoro; essa è una intervista semistrutturata che può chiarire le motivazioni, gli interessi e le valutazioni riguardo ad un lavoro.

Anche Rumrill et al.¹³ sottolineano l'utilità della scala WES nei suoi quattro ambiti: l'accessibilità del posto di lavoro, l'esecuzione delle attività essenziali, la padronanza del lavoro e la soddisfazione lavorativa.

Sembra utile sottolineare a questo punto dopo questo *excursus* della Letteratura come, ai fini della presente trattazione, giochino un ruolo particolare nelle problematiche lavorative della persona con sclerosi multipla soprattutto la specificità intrinseca alla malattia quale la sua possibile evolutività e un sintomo cardine quale la fatica. Un interessante lavoro per gestire il sintomo fatica è quello di Matuska et al.¹⁴ nel 2007 che propone strategie per conservare l'energia in soggetti con sclerosi multipla.

Nella valutazione lavorativa della persona con sclerosi multipla si devono quindi poter utilizzare vari step:

1. valutazione del soggetto
 2. verifica del posto di lavoro
 3. accompagnamento e assistenza sul luogo di lavoro
 4. ritorno e mantenimento del posto di lavoro
1. Per quel che riguarda *la valutazione del soggetto* sarà necessaria una attenta e completa valutazione sia delle disabilità sia delle capacità residue, in un'ottica non tanto medica ma strettamente mirata alle competenze lavorative. La persona dovrà essere valutata anche in rapporto alle problematiche specifiche e differenti di un primo posto di lavoro con un nuovo inserimento oppure nel mantenimento di un posto già presente o ancora nel mantenimento di uno stesso datore di lavoro ma con mansioni modificate oppure nella ricerca di un nuovo posto di lavoro. È poi particolarmente importante iniziare una valutazione delle capacità lavorative quando la persona è ancora in fase iniziale di malattia con la finalità di ipotizzare scenari lavorativi differenti a seconda del grado di coinvolgimento fisico della malattia stessa.

12 Roessler R.: The role of assessment in enhancing the vocational success of people with multiple sclerosis, *Work J. Prev. Assessm. Rehab.*, 1996, (6): 191-201

13 Rumrill Ph., Steffen J., Sumner G.: Job retention interventions for persons with multiple sclerosis, *Work J. Prev. Assessm. Rehab.*, 1996, (6): 185-190

14 Matuska K., Mathiowetz V., Finlayson M.: Use and perceived effectiveness of energy conservation strategies for managing multiple sclerosis fatigue, *Am. J. Occup. Th.*, 2007, 61 (1): 62-69

Saranno indispensabili la valutazione:

- della disabilità motoria grossolana
- della disabilità motoria fine, manuale e/o bimanuale
- delle disabilità cognitive
- della presenza di depressione o di buona/forte motivazione
- del livello di fatica per un'attività sostenuta
- del livello di fatica per un picco di richiesta
- del livello di sofferenza per il caldo
- della eventuale presenza di dolori
- della disabilità nell'eloquio
- delle disabilità visive

2. Per quel che riguarda *la verifica del posto di lavoro* sarà necessario porsi le domande: quanto la disabilità può incidere sullo specifico compito assegnato? Quanto lo specifico compito assegnato può incidere sulla disabilità?

Saranno indispensabili la valutazione:

- della lista di mansioni specifiche del posto di lavoro
- della presenza o meno di eventuali barriere architettoniche sul posto di lavoro
- della sicurezza in eventuali condizioni di emergenza
- della richiesta di posizioni obbligate o mantenute a lungo nel tempo
- di eventuale possibilità di telelavoro
- della eventuale o meno padronanza già ottenuta nel tempo della specifica mansione
- della soddisfazione personale per lo specifico lavoro
- della presenza o meno di colleghi disponibili
- della disponibilità o meno dei superiori nella collaborazione

Sarà utile allora ipotizzare un piano di adattamento del posto di lavoro, proponendo modifiche della postazione lavorativa, l'inserimento di nuove tecnologie e/o ausili specifici (supporti per la mano, comandi vocali, etc.).

3. Per quel che riguarda *l'accompagnamento e l'assistenza sul luogo di lavoro* è importante valutare ad esempio:

- per la fatica, sia delle pause di riposo maggiori che nella norma sia dei luoghi specifici per il riposo;
- per il danno cognitivo, aiuti mnemonici, togliere eventuali fonti di disturbo o di distrazione, ridurre lo stress lavoro-correlato, pause di riposo;
- per il danno motorio fine, proporre ausili informatici specifici, cuffie telefoniche, ausili per la scrittura, appoggi per l'arto superiore, eventuali girapagina elettronici;
- per il danno motorio grossolano, studiare il percorso e renderlo accessibile (parcheggio vicino, porte di entrata elettriche, valutare l'altezza della postazione di lavoro, etc.);
- per la accresciuta sensibilità al caldo, ridurre la temperatura con metodiche ormai usuali di ventilazione;
- per la disabilità nell'eloquio, togliere il rumore di fondo, fornire amplificatori vocali o sistemi informatici su cui poter scrivere;
- per i problemi visivi, studiare l'illuminazione ottimale, fornire pause di riposo frequenti, utilizzare ausili tecnologici quali ingranditori, etc.

4. Anche per *il ritorno e il mantenimento del posto di lavoro* è importante non lasciare la persona con sclerosi multipla da sola; la insicurezza psicologica e la sensazione di non essere adeguati al compito sono spesso il maggiore motivo di difficoltà soprattutto nel mantenimento di un posto di lavoro su cui ci si è già misurati. Oltre a ciò la malattia, in fase evolutiva, può fare riscontrare delle barriere inaspettate e imprevedute quali quelle anzidette – temperatura, maneggiare oggetti, mantenere la stazione eretta, eloquio, capacità cognitive, etc. – e non permettere un ritorno al lavoro precedente dopo una fase di peggioramento. Le motivazioni per il ritorno al lavoro, una realistica consapevolezza delle proprie capacità e una buona dose di ottimismo sono i capisaldi per un positivo ritorno al lavoro insieme con una sempre maggiore cultura professionale del mondo riabilitativo specifico sul campo e con la massima informazione possibile al soggetto sui suoi diritti e sulle sue possibilità tecniche.

In ogni caso ci sembra positivo concludere questo contributo ricordando quanto afferma Rumrill¹⁵ “..nessuno è troppo disabile per lavorare!” che ci trova pienamente d'accordo.

La rivoluzione digitale ha innescato modifiche sostanziali nelle abitudini comunicative degli utenti, che si trovano a interagire con media sempre più ricchi di potenzialità e aperti a un'infinità di servizi.

La società dell'informazione, in quanto tale, deve garantire, non solo che questo mutato scenario non comporti l'esclusione di intere fasce di cittadini, ma che al contrario, consenta di ridurre e abbattere le barriere all'integrazione sociale delle categorie deboli e svantaggiate. Le opportunità di studio, di lavoro, e più in generale di informazione, di cultura, e quindi di inclusione sociale, delle persone con gravi difficoltà, offerte dalla tecnologia dell'informazione e della comunicazione sono straordinarie.

Da una parte, l'impatto di aspatialità, identificabile come un superamento dei propri limiti spaziali e temporali, garantita dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, può svolgere un ruolo fondamentale per eliminare i vincoli di mobilità, che spesso limitano le persone con disabilità e gli anziani.

Dall'altra, la tecnologia può essere uno strumento efficace per assicurare la valorizzazione delle capacità residue delle persone con disabilità prevalentemente fisico-sensoriale. Le cosiddette tecnologie assistive possono, infatti, compensare specifiche disabilità, innate o acquisite, determinando un aumento delle persone che possono svolgere una vita "normale". In tale contesto, il telelavoro, "ogni forma di sostituzione degli spostamenti di lavoro con le tecnologie dell'informazione" (Nilles 1973), è una realtà che si va affermando progressivamente e rappresenta un'occasione senza precedenti di inserimento qualificato di personale con disabilità nel mondo del lavoro.

Un importante potenziale di capacità e di competenze inutilizzate e inesprese può essere quindi recuperato, dando dignità alle persone che, anche in situazione di disabilità grave, possono mantenere ampi spazi di autonomia e di indipendenza.

Si ottiene così il duplice risultato di migliorare la qualità della vita dei singoli e di concorrere a incrementare il benessere della collettività, rendendo protagonisti soggetti altrimenti destinati a una vera e propria esclusione sociale (e nel migliore dei casi solo a interventi di natura protettivo-assistenziale).

L'esigenza di favorire l'accesso delle persone con disabilità agli strumenti informatici è stata riconosciuta a livello legislativo con la Legge 4/2004 ("Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici"). Questa definisce i soggetti che devono garantire l'accessibilità dei propri siti e sistemi informatici, per garantirne il completo accesso anche a tutti coloro che necessitano di tecnologie assistive; stabilisce, inoltre, la concessione di contributi pubblici a soggetti privati per l'acquisto di beni e servizi informatici destinati all'utilizzo da parte dei lavoratori disabili, anche per la predisposizione di postazioni di telelavoro.

La normativa che ha introdotto il telelavoro è la Legge 191/1998, conosciuta come legge Bassanini, disciplinata dal D.P.R. 8 marzo 1999, n. 70 ("Regolamento recante disciplina del telelavoro nelle pubbliche amministrazioni").

Per quanto riguarda il lavoratore con disabilità, le leggi di riferimento sono la già citata Legge 68/99 ("Norme per il diritto al lavoro dei disabili"), che ha riconosciuto l'attività lavorativa delle persone con disabilità come esercizio di un diritto di appartenenza sociale, specificando le norme per un efficace inserimento nelle aziende.

Un esempio di telelavoro e uso di tecnologie assistive nella pubblica amministrazione. Dal progetto all'avvio di una sperimentazione.

Nel laboratorio Valutazione Qualità Servizi (QoS) Multimediali del Ministero dello Sviluppo Economico (MiSE) – Dipartimento per le Comunicazioni – Istituto Superiore delle Comunicazioni e delle Tecnologie dell'Informazione (ISCOM), è stato avviato un progetto sperimentale di telelavoro, come previsto dall'art. 24 del CCNL 98/2001, integrativo dell'Accordo Quadro Nazionale sul telelavoro nelle pubbliche amministrazioni del 23 marzo 2000, in attuazione delle disposizioni contenute nell'art.4, comma 3, della Legge 191/1998, e disciplinate dal D.P.R. 8 marzo 1999, n. 70. In particolare, nell'ambito del progetto "MEDIACCESS1" è stato effettuato uno studio di fattibilità e realizzazione di una postazione di telelavoro per l'ausilio di risorse e competenze professionali a distanza di personale con disabilità motoria.

La filosofia del progetto risponde a due obiettivi strategici.

- 1) Realizzare una postazione informatica dotata di servizi di connettività avanzata (linea ADSL), per lavorare e telelavorare, scambiare dati, testi, immagini, condividere e sviluppare progetti, riunirsi virtualmente in videoconferenza.



2) Integrare la postazione di lavoro con le tecnologie assistive necessarie al raggiungimento dell'autonomia e alla valorizzazione delle potenzialità residue della persona con disabilità.

Partecipano al progetto sperimentale di telelavoro alcuni dipendenti del MISE – Dipartimento per le Comunicazioni – ISCOM – Divisione 3°. Il caso fa riferimento in particolare ad una dipendente, ingegnere, persona con SM che svolge la propria attività presso il laboratorio Valutazione QoS Multimediali con qualifica di funzionario tecnico. La dipendente ha una diagnosi di sclerosi multipla, presenta gravi difficoltà motorie – che comportano difficoltà nel sostenere spostamenti quotidiani da e verso il posto di lavoro e nel seguire la routine di una normale giornata in ufficio - ed ha bisogno di assistenza per l'uso del computer per svolgere le attività lavorative. In ragione di tali difficoltà il MISE ha accettato la sua richiesta di telelavoro e pertanto, dall' ottobre 2010, la prestazione lavorativa è svolta prevalentemente presso suo domicilio di Roma.

Altri tre dipendenti, tra i quali il coordinatore, svolgono la loro attività presso lo stesso laboratorio e all'interno del progetto si occupano della progettazione, realizzazione, gestione, usabilità, accessibilità della postazione di telelavoro e della verifica dei software assistivi utilizzati.

MEDIACCESS Accessibilità e Usabilità always-on. Valutazione di piattaforme e terminali di accesso a reti e servizi multimediali. (Progetto di Ricerca ISCOM-FUB)

Il progetto di sperimentazione si configura come telelavoro a domicilio, ma non si limita solamente a questo. Si propone, infatti, come un **progetto pilota nella pubblica amministrazione italiana** per il coinvolgimento con il telelavoro di personale con disabilità anche grave, e quindi come un passo avanti nell'inclusione di questi soggetti nella vita lavorativa e sociale.

In tale ambito, è stata dunque prevista l'attivazione di una postazione per il telelavoro come un'estensione, funzionalmente equivalente, della postazione di lavoro presso la sede del laboratorio Valutazione QoS Multimediali.

La postazione è stata attivata presso il domicilio della dipendente in telelavoro.

Le sedi indicate sono state quindi adeguate e potenziate con apparecchiature hardware, sistemi di telecomunicazione, di videoconferenza e di software idonei alla sperimentazione, in modo da consentire:

- lo scambio di documenti e messaggi in forma telematica;
- la redazione condivisa di documenti con colleghi situati in sedi diverse;
- la teleconferenza (video e/o audioconferenza).

Per quanto riguarda, invece, gli aspetti di accessibilità ci si è in un primo momento limitati a considerare esclusivamente la postazione di telelavoro, proponendosi poi di dotare anche la postazione nel laboratorio Valutazione QoS Multimediali delle opportune tecnologie assistive.

Attività svolte per la realizzazione della postazione di telelavoro:

Individuare e definire le esigenze

Per quanto riguarda gli aspetti legati al telelavoro, le esigenze del progetto sono state quindi quelle riconducibili alla delocalizzazione del lavoro da svolgere, anche se i requisiti di efficienza ed efficacia richiesti dalle dotazioni hardware e software da utilizzare sono particolarmente stringenti.

Orbene, le attività sopra indicate, oggi, possono essere svolte normalmente da personale in remoto attraverso l'uso di un computer, dotato di software idoneo, che sia connesso alla rete Internet.

In tale ottica la struttura della postazione di telelavoro si basa sull'impiego di questo elemento che è stato scelto e/o configurato con particolare attenzione al parametro di affidabilità, sia hardware sia software.

La connessione alla rete Internet, attraverso la tecnologia ADSL, è l'altra esigenza la cui soddisfazione è di prioritaria importanza, ed è banale evidenziare che tale connessione deve, non solo garantire una sufficiente velocità di trasmissione (sia in upload sia in download) ma allo stesso tempo, consentire collegamenti stabili e continui.

Per quanto riguarda invece l'accessibilità, è stato necessario da una parte individuare e definire i bisogni e le difficoltà dell'utente, dall'altra effettuare un'accurata indagine di mercato per esplorare le opzioni disponibili in termini di tecnologie ICT e tecnologie assistive.

Scelta computer

Vista la particolarità e lo scopo del progetto non è stato possibile utilizzare le normali apparecchiature che vengono messa a disposizione dal MiSE per il personale che richiede il telelavoro.

Quindi, sulla base di quanto esposto si è scelto di utilizzare un computer della Apple con schermo 21,5 pollici, processore Intel Core i3 e sistema operativo Mac OS X 10.6. In quanto le piattaforme Apple, in confronto ai sistemi Microsoft oriented, hanno evidenziato nel tempo una alta stabilità di funzionamento ed una bassa (quasi insistente) vulnerabilità nei confronti dei virus informatici.



Inoltre, nel sistema operativo, sono incluse delle tecnologie assistive di base, che possono essere di ausilio per utenti con disabilità.

Scelta delle tecnologie assistive

Nel nostro progetto siamo partiti dall'assunto che le tecnologie assistive sono una risorsa che ha il potenziale di offrire soluzioni reali e concrete per garantire l'occupazione delle persone con disabilità.

Le tecnologie assistive possono, infatti, compensare specifiche disabilità, valorizzare le capacità residue e sopperire alle "mancanze" presenti, soddisfacendo molte esigenze.

Ad esempio, una persona cieca può utilizzare uno screen reader che legga il contenuto sullo schermo di un computer, un'altra tetraplegica può controllare vocalmente il computer stesso. In generale, possiamo affermare che le tecnologie assistive forniscono metodi alternativi di accesso e di utilizzo di un elemento o forniscono metodi alternativi per svolgere un compito o raggiungere un obiettivo.

Rispetto alle tecnologie assistive le diverse disabilità possono essere divise in quattro categorie: disabilità motorie, deficit visivi, problemi di udito e difficoltà di comunicazione.

In questo lavoro ci si sta occupando principalmente di tecnologie assistive per disabilità motoria, ovvero quella riduzione della mobilità fisica, che incide sulla capacità di un individuo di svolgere le attività quotidiane in qualsiasi ambiente, e quindi incide sulla sua indipendenza. Nel caso specifico tale limitazione si traduce anche nell'impossibilità di poter usare un computer attraverso i comuni dispositivi di input (mouse e tastiera).

In questa fase del progetto si è individuato e valutato quali ausili impiegare per il computer della postazione di telelavoro affinché la dipendente con disabilità possa averne un autonomo utilizzo.

In primo luogo si è posta l'attenzione verso dispositivi e software che consentono l'uso della voce e dei movimenti della testa, in sostituzione della tastiera e del mouse del computer.

Nell'ultimo decennio lo sviluppo delle tecnologie di riconoscimento del parlato ha prodotto applicazioni che consentono l'interazione essere umano-computer attraverso l'uso della voce. Tali applicazioni presentano, oggi, un buon grado di affidabilità e sono facilmente disponibili sul mercato.

In particolare si tratta di software che permettono, a fronte del riconoscimento vocale, sia l'esecuzione di comandi, sia la trascrizione di parole nell'elaborazione di testo (word processing).

Per il nostro progetto si è deciso di acquisire il software MacSpeech Dictate della Nuance in quanto è la versione per il sistema Mac del più famoso e diffuso Dragon Naturally Speaking.

Altro ausilio che si è scelto e implementato nella postazione di telelavoro è un dispositivo di emulazione del mouse, un particolare sensore ottico, che rilevando la posizione di un piccolo punto riflettente (adesivo) posto sulla fronte dell'utente, traduce i movimenti del capo in spostamenti del puntatore a schermo.

Il dispositivo è il Traker Pro della Madentec completo del software di gestione Magic Cursor.

Allestimento della postazione di telelavoro

Con l'attivazione contrattuale del regime di telelavoro da parte del MiSE nei confronti della dipendente con SM, il personale del laboratorio Valutazione QoS Multimediali ha provveduto a installare una postazione di telelavoro presso la sua abitazione.

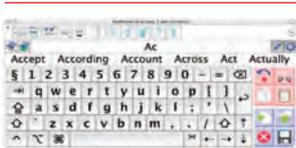
L'attività si è svolta secondo le seguenti fasi:

1) Installazione del Computer e della periferica di stampa.

- Collegamento al modem router ADSL e configurazione di rete.
- Installazione del software di uso generale (Office per Mac, Adobe Reader, Kaspersky antivir, Firefox, Thunderbird, Wm Ware Emulator, Skype, VLC, Vicom videoconferenze).
- Installazione dell'hardware e software di ausilio all'uso del computer per persone con disabilità (Traker pro - emulatore del mouse, Magic cursor – software di gestione Traker pro, Mac speech).

2) Studio delle funzionalità dei software.

- Addestramento vocale del Mac Speech.
- Studio e verifica delle funzionalità predefinite (modalità comandi – dettato – compilazione) nelle varie applicazioni Safari – Word – Thundebird – Adobe – Skype.
- Studio e verifica delle funzionalità definite dall'utente: programmazione di comandi personalizzati.
- Addestramento all'uso dell'emulatore di mouse (Tracker pro) e delle sue funzionalità in abbinamento al software Magic Cursor.
- Prove di funzionalità della versione demo del software KeyStrokes (emulatore di tastiera) della AssistiveWare.



I) Contesto giuridico-normativo ed effetti dei giudizi di non idoneità sul rapporto di lavoro

A) Effetti del giudizio di non idoneità alla mansione.

Il giudizio d'idoneità, oltre a risvolti prettamente sanitari, può comportare conseguenze rilevanti sul rapporto di lavoro: infatti l'idoneità fisica, come più volte ribadito dalla Cassazione, deve essere riferita al possesso da parte del lavoratore delle capacità comunemente necessarie per lo svolgimento delle attività lavorative oggetto del contratto di lavoro. Il contratto di lavoro, lo ricordiamo, è un negozio a prestazioni corrispettive, caratterizzato da una reciprocità tra attività lavorativa e retribuzione, in cui ciascuna parte deve la sua prestazione solo se l'altra rende la propria: dunque lo stipendio in cambio della prestazione d'opera. La dottrina e la giurisprudenza sono concordi nel ritenere che la non idoneità permanente consenta il recesso dal contratto. Ma il contratto può essere risolto anche nel caso di una impossibilità parziale del lavoratore, qualora il datore di lavoro dimostri di non potere ricollocare quel lavoratore all'interno dell'azienda in attività confacenti anche di livello inferiore. Ciò impone che il datore di lavoro, con l'ausilio del medico competente, operi attivamente per individuare all'interno dell'azienda un'adeguata collocazione del dipendente e questo ancor di più nei casi in cui si sia in presenza di una inidoneità che si può presumere temporanea anche se di lunga durata. Per pervenire a tale risultato è opportuno che il medico competente attui ogni sforzo per accompagnare un giudizio di non idoneità, anche parziale, con concrete proposte di mansioni ridisegnate o alternative, che risultino ancora compatibili con lo stato di salute del lavoratore. L'obiettivo prospettabile deve essere il pieno e proficuo inserimento nel proprio lavoro anche dei soggetti portatori di ridotte capacità lavorative, posto che le condizioni lavorative siano idonee, o vengano rese tali, ad accogliere tali lavoratori. E' oggi chiaro che la visita medica non è diretta a selezionare soggetti particolarmente dotati e che in nessun modo essa può ridurre l'impegno a realizzare le migliori condizioni di sicurezza, igiene e benessere sul posto di lavoro.

B) Effetti del giudizio di inidoneità psicofisica nella Pubblica Amministrazione.

I dipendenti pubblici sono destinatari di una normativa specifica nel caso risultino non più in grado di svolgere la propria attività lavorativa.

Nel 2009, il Ministro Brunetta fu latore di profonde modificazioni alle "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche". Con il Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nel quadro di una complessiva riforma della pubblica amministrazione, furono apportati numerosi "aggiustamenti" al previgente Decreto 165/2001. In particolare fu introdotto un nuovo articolo (il 55 octies) in materia di accertamento della permanente inidoneità psicofisica di dipendenti delle amministrazioni pubbliche dello Stato e degli enti pubblici nazionali (compresi i dirigenti). L'articolo demandava ad un successivo regolamento il compito di disciplinare i relativi procedimenti. In realtà molti di questi aspetti sono già previsti e disciplinati dalla normativa vigente, ad esempio dagli articoli 41 e 42 del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

La stessa Legge 12 marzo 1999, n. 68 tratta questi temi, pur soffermandosi sui disabili assunti in forza della stessa norma e sui lavoratori divenuti inabili allo svolgimento delle proprie mansioni in conseguenza di infortunio o malattia. A distanza di quasi due anni dall'approvazione del Decreto 150/2009 e dopo il parere del Consiglio di Stato, il Governo ha definitivamente approvato il relativo regolamento. Il 7 luglio 2011, il Consiglio dei Ministri ha approvato il dpr in materia di idoneità psicofisica dei dipendenti pubblici. Le novità introdotte sono diverse.

Il dpr in questione riguarda la procedura di verifica dell'idoneità psicofisica dei dipendenti della pubblica amministrazione. Invece diplomatici, militari e magistrati (ovvero il personale in regime di diritto pubblico) non rientrano tra le categorie interessate da questa legge.

Il base a questo nuovo regolamento del diritto del lavoro, la procedura di verifica può essere attivata dall'amministrazione competente in due circostanze: per protratta malattia del dipendente oppure per comportamenti del dipendente che facciano presumere l'inidoneità (relativa o assoluta).

In entrambi i casi, il dipendente può essere preventivamente sospeso in via cautelare dal suo incarico, per essere sottoposto a una visita di controllo. Qualora gli accertamenti rivelassero una inidoneità permanente, il dipendente può essere assegnato a un reparto diverso da quello

di appartenenza, anche con mansioni inferiori.

Qualora il dipendente si rifiutasse ripetutamente di sottoporsi alla visita, è prevista la risoluzione del rapporto lavorativo. Dal canto suo, l'amministrazione deve fare tutto il possibile per recuperare il dipendente, assegnandolo a una delle strutture organizzative di settore, secondo quanto previsto dal codice del diritto del lavoro.

Con **circolare n. 33 dell'8 marzo 2012**, l'Inps fornisce indicazioni in materia di risoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche dello Stato e degli enti pubblici nazionali, in caso di permanente inidoneità psicofisica (**D.P.R. 27 luglio 2011, n. 171**), con particolare riguardo alla procedura, agli effetti ed al trattamento giuridico ed economico.

Il D.P.R. 171/2011 disciplina, in particolare:

- a) la procedura da adottare per la verifica dell'inidoneità al servizio;
- b) la possibilità per l'amministrazione, nei casi di pericolo per l'incolumità del dipendente interessato nonché per la sicurezza degli altri dipendenti e degli utenti, di adottare provvedimenti di sospensione cautelare dal servizio;
- c) la possibilità, per l'amministrazione, di risolvere il rapporto di lavoro nel caso di reiterato rifiuto, da parte del dipendente, di sottoporsi alla visita di idoneità.

Il citato regolamento, innanzitutto, distingue **l'inidoneità psicofisica permanente assoluta**, ossia lo **stato del dipendente che, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa**, e **l'inidoneità psicofisica permanente relativa**, ossia lo **stato del dipendente che, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, risulti impossibilitato, in via permanente, a svolgere alcune o tutte le mansioni dell'area, categoria o qualifica di inquadramento**.

Entrambi i casi di inidoneità vanno verificati da organi sanitari di accertamento e la procedura di verifica può essere attivata ad istanza del dipendente o d'ufficio.

Il dipendente interessato all'accertamento presenta apposita istanza al Direttore regionale, per il tramite del Responsabile della struttura cui è assegnato, corredandola di idonea documentazione sanitaria, contenuta in plico chiuso recante la dicitura «*contiene documentazione sanitaria riservata*». L'istanza di cui trattasi non può, però, essere presentata dal dipendente interessato prima del superamento del periodo di prova.

L'Inps precisa che nel caso in cui la Commissione medica esprima un giudizio di inidoneità assoluta a qualsiasi proficuo lavoro, l'Istituto procede alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Nel caso in cui, invece, la Commissione medica esprima un giudizio di idoneità o di inidoneità permanente relativa, il dipendente deve rientrare in servizio prima della scadenza del secondo periodo di conservazione del posto.

In merito alla sospensione cautelare dal servizio, che non può avere una durata superiore a 180 giorni, salvo rinnovo o proroga in presenza di giustificati motivi, la circolare ricorda che l'Istituto può disporla nelle seguenti fattispecie:

- a) evidenti comportamenti che fanno ragionevolmente presumere l'esistenza di inidoneità psichica, laddove gli stessi generano pericolo per la sicurezza o per l'incolumità del dipendente interessato, degli altri dipendenti o dell'utenza;
- b) sussistenza di condizioni fisiche che facciano presumere l'inidoneità fisica permanente assoluta o relativa al servizio, quando le stesse generano pericolo per la sicurezza o per l'incolumità del dipendente interessato, degli altri dipendenti o dell'utenza;
- c) mancata presentazione a visita, per l'accertamento dell' 'idoneità' al servizio, del dipendente, senza giustificato motivo.

Nel caso in cui il dipendente, a conclusione degli accertamenti sanitari, sia giudicato dalla competente Commissione medica inidoneo allo svolgimento delle mansioni del profilo professionale di appartenenza, l'Amministrazione pone in essere ogni tentativo di recupero del medesimo al servizio nelle strutture organizzative di settore, adibendolo «*anche in mansioni equivalenti o di altro profilo professionale riferito alla posizione di inquadramento, valutando l'adeguatezza dell'assegnazione in riferimento all'esito dell'accertamento medico e ai titoli posseduti ed assicurando eventualmente un percorso di riqualificazione*».

Nella ipotesi in cui il dipendente venga giudicato dalla Commissione medica non idoneo a svolgere mansioni proprie del profilo di inquadramento o mansioni equivalenti, l'Amministrazione può adibire l'interessato a mansioni proprie di altro profilo appartenente a diversa area professionale o a mansioni inferiori, se giustificate e coerenti con l'esito dell'accertamento medico e con i titoli posseduti, con conseguente inquadramento nell'area contrattuale di riferimento (assicurando eventualmente un percorso di riqualificazione).

Nel caso, infine, in cui l'inidoneità psicofisica permanente relativa riguardi personale dipendente con incarico di funzione dirigenziale, l'Amministrazione, previo contraddittorio con l'interessato, revoca l'incarico e, tenuto conto delle risultanze della visita medica della competente Commissione sanitaria conferisce all'interessato un incarico dirigenziale, tra quelli eventualmente disponibili, diverso e compatibile con le risultanze della visita medica, assicurando, se del caso, un adeguato percorso di formazione.

In merito alla risoluzione del rapporto di lavoro per accertata inidoneità permanente assoluta, l'Amministrazione, previa comunicazione all'interessato, entro trenta giorni dal ricevimento del verbale di accertamento medico, risolve il rapporto di lavoro con provvedimento del Direttore generale e corrisponde all'interessato l'indennità di mancato preavviso.

II) Gli accertamenti di invalidità, handicap, disabilità.

A) Invalidità civile (L.118/71)

L'invalidità è la difficoltà a svolgere le funzioni tipiche della vita quotidiana, lavorativa o di relazione a causa di una menomazione o di un deficit fisico, psichico o intellettuale, della vista o dell'udito.

L'esatta definizione di invalidità civile risale al 1971 (Legge 118/1971) ed è la seguente:

"Agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali, che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi".

L'accertamento, svolto da commissioni esclusivamente mediche, mira a valutare la riduzione della capacità lavorativa generica (cioè senza riferimento ad una particolare attività lavorativa, ciò che consente di utilizzare le tabelle previste dalla legge) in vista dell'accesso a benefici economico previdenziali. La determinazione della percentuale si basa:

- a) sull'entità della perdita anatomica o funzionale, totale o parziale, di organi od apparati;
- sulla possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici che garantiscano il ripristino funzionale degli organi ed apparati lesi;
- sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o apparato sede del danno anatomico o funzionale.

Per le linee guida applicate da INPS in riferimento alla valutazione dell'invalidità della sclerosi multipla si rimanda al paragrafo sub E) della presente appendice.

B) Handicap (Legge 104/92)

Ai sensi dell'art.3 della L. 104/92 è persona con handicap "colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione."

L'articolo 3 comma 3 della Legge stabilisce che "*Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume **connotazione di gravità***". L'articolo procede specificando che "*le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici*".

La certificazione dello stato di handicap e di handicap grave è fondamentale perché da essa dipendono agevolazioni di tipo economico, fiscale, lavorativo e sociale.

Lo stato di handicap non viene riconosciuto in misura percentuale – come invece avviene per l'invalidità civile – bensì in base al grado di svantaggio sociale (lieve, medio, grave).

L'handicap non è la menomazione (ovvero il danno all'integrità psico-fisica dell'individuo), né tantomeno la disabilità (ridotta o impedita capacità di svolgere determinate attività in modo ritenuto "normale"), ma lo svantaggio che si ha rispetto a riconosciuti canoni di "normalità" nel compiere determinate azioni e che implica l'insorgenza di un bisogno e quindi della necessità di un aiuto materiale da parte di terzi. L'handicap rappresenta, insomma l'estrinsecazione sociale della disabilità.

In sede di valutazione dell'handicap è necessario identificare la tipologia delle difficoltà di apprendimento, relazione, integrazione lavorativa contestualmente agli svantaggi sociali ed alle singole forme di emarginazione che ne derivano.

La valutazione prescinde dall'apprezzamento della capacità produttiva e considera il valore della persona nel contesto sociale, le sue possibilità di conservare o meno un dignitoso rapporto interpersonale e sociale, di avere assicurata la partecipazione alla vita collettiva ed alle attività socialmente utili.

L'handicap è una condizione soggettiva, che dipende dalle esigenze della persona disabile: una persona sulla carrozzina è sicuramente disabile, ma potrebbe potenzialmente non avere un handicap se venissero eliminate tutte le barriere architettoniche e non le fosse precluso alcun aspetto della vita sociale.

C) Disabilità (Legge 68/99)

La Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" 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) agli invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento;
- b) agli invalidi del lavoro (INAIL) con un grado di invalidità superiore al 33 per cento (secondo il metodo di valutazione indicato dal T.U. del 1965; dal luglio 2000 viene utilizzato un metodo diverso, per cui occorre farsi consegnare dall'INAIL anche la certificazione della percentuale secondo il vecchio metodo);
- c) alle persone non vedenti o sordomute;
- d) alle persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria.

I datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori appartenenti alle categorie sopra indicate in proporzione al numero dei dipendenti, ad esempio:

- a) sette per cento 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 (in caso di nuove assunzioni).

Le persone appartenenti alle categorie indicate che risultano disoccupate e aspirano ad una occupazione conforme alle proprie capacità lavorative, si iscrivono nell'apposito elenco tenuto dagli uffici competenti (attualmente, i Centri Provinciali per l'Impiego). Per ogni persona sono annotate in una apposita scheda le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché la natura e il grado della minorazione e le caratteristiche dei posti da assegnare, favorendo l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Gli stessi uffici provvedono al collocamento di queste persone alle dipendenze dei datori di lavoro.

I datori di lavoro possono richiedere le assunzioni mediante chiamata nominativa (il datore di lavoro cioè sceglie la persona da assumere) oppure mediante chiamata numerica (il Centro per l'Impiego avvia il lavoratore seguendo l'ordine di graduatoria degli elenchi), in base ad una serie di criteri e regolamentazioni. Le persone con disabilità di tipo psichico sono sempre assunte mediante chiamata nominativa attraverso convenzioni tra datore di lavoro e Centro per l'Impiego previste dall'art. 11 della L. 68/99.

Nel caso di chiamata numerica, il Centro per l'Impiego invia il lavoratore con la qualifica richiesta dal datore di lavoro (o quella concordata); in mancanza di lavoratori con tali qualifiche vengono avviati quelli con qualifiche simili secondo l'ordine di graduatoria e previo addestramento o tirocinio (anche attraverso convenzioni). Il Centro procede comunque all'avviamento tenendo in considerazione le informazioni delle schede professionali e le altre informazioni riportate nei prospetti informativi.

Nella maggior parte dei casi, il riconoscimento della disabilità ai fini della L. 68/99 viene richiesto insieme con quello per l'invalidità civile e per il riconoscimento della situazione di handicap (L. 104/92). In questi casi il lavoratore ha con sé i verbali distinti dei tre accertamenti, effettuati spesso in sequenza nella stessa giornata.

Ai fini dell'inserimento lavorativo, comunque, la diagnosi vera e propria ha un'importanza relativa; infatti il giudizio della Commissione deve favorire il collocamento del disabile attraverso:

- la diagnosi funzionale;
- il profilo socio-lavorativo.

La *diagnosi funzionale* 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' quindi la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale della persona disabile, e contemporaneamente delle sue potenzialità residue. Si basa sui dati anamnestico-clinici, sulla valutazione della documentazione medica preesistente e su ogni altra notizia utile per individuare la posizione della persona disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro.

La diagnosi funzionale è un processo articolato, con il quale si descrivono analiticamente le capacità del soggetto in ordine ai seguenti aspetti: cognitivo (livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze), affettivo-relazionale (livello di autostima e rapporto con gli altri), linguistico (comprensione, produzione e linguaggi alternativi), sensoriale (con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto), motorio-prassico (motricità globale e motricità fine), neuropsicologico (memoria, attenzione e organizzazione spazio temporale), autonomia personale e sociale. Ad esempio, nella descrizione delle capacità vengono specificate le condizioni rispetto ad attività mentali e relazionali, informazione, postura, locomozione, funzionalità degli arti, possibilità di svolgere attività complesse e resistenza fisica ovvero di adattarsi all'organizzazione del lavoro od agli spostamenti.

La diagnosi funzionale è completata dal profilo dinamico-funzionale, che esprime le potenzialità del soggetto in ordine agli aspetti elencati più sopra, specificando i "punti di forza" ed i "punti di debolezza".

Il *profilo socio-lavorativo* della persona disabile consiste nelle notizie ed informazioni utili per individuare le potenzialità lavorative della persona disabile in relazione al suo ambiente, la sua situazione familiare, la scolarità e le esperienze lavorative precedenti. A questo scopo, se esistenti, sono presi in considerazione anche i dati attinenti alla diagnosi funzionale e al profilo dinamico funzionale eventualmente redatti per la persona disabile nel periodo scolastico.

L'accertamento delle condizioni di disabilità è eseguito secondo le indicazioni contenute nella scheda per la definizione delle capacità di cui all'allegato 1 al D.P.C.M. 13 gennaio 2000, utilizzando le definizioni medico-scientifiche contenute nell'allegato 2 del medesimo Decreto. Esso comporta l'individuazione collegiale della capacità globale attuale e potenziale della persona disabile e l'indicazione delle conseguenze derivanti dalle minorazioni, in relazione all'apprendimento, alla vita di relazione e all'integrazione lavorativa. Sulla base delle risultanze derivanti dalla valutazione globale, la commissione entro quattro mesi dalla data della prima visita formula la relazione conclusiva, nella quale riporta tra l'altro suggerimenti in ordine ad eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro della persona disabile.

Tutte queste informazioni sono raccolte dalla Commissione Medica su schede che assumono diverse forme a seconda delle Regioni e delle ASL, ma che comunque contengono dati socio-sanitari, una descrizione analitica della capacità (ad es., capacità di apprendimento, di comunicazione, motorie, di adattamento all'ambiente) e di eventuali condizioni o rischi da evitare sul posto di lavoro (ad es., lavoro in altezza, effettuazione di sforzi fisici, applicazioni visive intense). Tutte le certificazioni (invalidità civile, disabilità ex L. 68/99, handicap ex L. 104/92) sono emesse in due versioni: quella priva dei dati sanitari (anamnesi, esame obiettivo, diagnosi) per gli usi amministrativi (ad es. consegna al datore di lavoro), e quella completa di tutte le informazioni.

D) Glossario breve

Capacità globale (residua)

Il ricorso al parametro «capacità complessiva individuale residua» esprime da un lato la precisa volontà di superare il ricorso alla stima della «capacità lavorativa»; almeno così deve intendersi

l'abbandono della qualificazione delle capacità, che nella indicazione «complessiva» assume una connotazione di «globalità» e cioè contorni più precisi per la qualificazione individuale. L'aggettivazione «residua» contenuta nella *legge n. 104/1992*, non va intesa, secondo le finalità della norma stessa, in termini tali da porre in evidenza solamente le diversità negative della persona considerata. La capacità complessiva di una persona è il fondamento della sua individualità. Tale «capacità» espressione positiva di ciò che la persona 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, sia biologiche, sia attitudinali, sia, ancora, tecnico-professionali. L'evoluzione tecnologica ha prodotto un inevitabile ridimensionamento di tutte le attività a prevalente estrinsecazione motoria, facilmente sostituibili da strutture meccaniche, 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.

Diagnosi funzionale della persona disabile ai fini del collocamento mirato.

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.

Profilo socio-lavorativo della persona disabile.

Consiste nelle notizie ed informazioni utili per individuare la posizione della persona disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro e vengono utilizzate per la diagnosi funzionale.

Servizi di sostegno e di collocamento mirato.

Strutture che operano con modalità alquanto differenziate, a seconda delle esigenze del territorio in cui sono insediate.

In genere questi servizi si configurano come gli organi preposti alla programmazione e gestione delle iniziative finalizzate all'integrazione di persone svantaggiate, attraverso la collaborazione con gli uffici periferici del Ministero del lavoro, con i datori di lavoro, i sindacati, le cooperative, le scuole e la pubblica amministrazione.

Allo scopo di porsi quale area di «mediazione» si avvalgono delle seguenti modalità di intervento:

- rilevazione dei bisogni e progettazione degli interventi;
- promozione della collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali, di mercato e di solidarietà sociale;
- programmazione di progetti di integrazione lavorativa con gestione diretta o affidata a servizi convenzionati;
- valutazione, monitoraggio e verifica delle esperienze promozione di iniziative di informazione e sensibilizzazione.

Vengono attuati, inoltre, progetti relativi all'orientamento per valutare, in situazione lavorativa, le potenzialità e le attitudini della persona sul piano della autonomia, della socializzazione e dell'apprendimento di regole base per un eventuale inserimento lavorativo - alla formazione in situazione - finalizzata alla maturazione complessiva della personalità e all'acquisizione di competenze e abilità, specifiche spendibili nel mercato del lavoro - la mediazione al collocamento - per favorire il raggiungimento e il mantenimento di un rapporto di lavoro.

Tali progetti possono prevedere un eventuale sostegno alla persona anche dopo l'instaurarsi del rapporto lavorativo.

E) Estratto linee guida INPS per l'accertamento degli Stati Invalidanti: la Sclerosi Multipla

A luglio del 2012 INPS ha diffuso a beneficio dei propri medici le Linee Guida per l'accertamento degli stati invalidanti. Per quanto attiene la Sclerosi Multipla, patologia non ricompresa nelle tabelle del 1992, a fronte della collaborazione avviata con AISM, INPS ha fornito indicazioni che partono dal riferimento alla scala EDSS, strumento che andrà opportunamente integrato ai fini della compiuta valutazione di sintomi non adeguatamente misurabili attraverso

la suddetta scale (vedi fatica).

Nelle more della revisione delle tabelle, o comunque della revisione del sistema di accertamento medico legale, le Linee Guida costituiscono un importante riferimento, pur interno all'INPS, per garantire in sede di accertamento dell'invalidità valutazioni uniformi e appropriate sull'intero territorio nazionale.

Di seguito viene riportato un estratto del documento per quanto rilevante ai fini della presente pubblicazione.

APPARATO NEUROLOGICO

Criteria per la valutazione dei deficit funzionali

La varietà delle manifestazioni clinico – disfunzionali delle patologie neurologiche non consente di definire per esse un criterio valutativo unico. Pertanto si riportano di seguito le indicazioni valutative per le patologie di più frequente riscontro nonché per alcune meno frequenti ma di particolare complessità valutativa.

Sclerosi Multipla

La valutazione deve essere effettuata con riferimento a 5 classi funzionali elaborate sulla scorta della scala clinica EDSS (Expanded Disability Status Scale), proposta da Kurtzke nel 1983 e di largo impiego clinico.

La valutazione EDSS parte dall'assegnazione di punteggi da 0 a 6 ai diversi sistemi funzionali.

Sistemi Funzionali	0	1	2	3	4	5	6	X
Funzioni piramidali	Normale	Segni anormali senza disabilità	Disabilità minima	Lieve o moderata paraparesi o emparesi;	Marcata paraparesi o emparesi; moderata	Paraplegia, emiplegia o marcata tetraparesi.	Tetraplegia	
Funzioni cerebellari	Normale	Segni anormali senza disabilità	Lieve atassia	Moderata atassia del tronco o degli arti	Severa atassia in tutti gli arti	Incapacità di eseguire movimenti coordinati per l'atassia		Si mette dopo ciascun numero quando l'ipostenia (grado 3 o più) del sistema
Funzioni del tronco encefalo	Normale	Solo segni	Moderato nistagmo o altra disabilità lieve	Severo nistagmo, marcata ipostenia della muscolatura oculare estrinseca o modesta disabilità di altri nervi cranici.	Marcata disartria o altra marcata disabilità	Incapacità a deglutire o a parlare		
Funzioni sensitive	Normale	Lieve ipopallestesi a in 1 o 2 arti.	Lieve deficit delle sensibilità superficiali e/o statochinestesi ca e/o pallestesia, con o senza moderata ipopallestesi a, in 1 o 2 arti; oppure ipopallestesi a in 3-4 arti.	Moderato deficit delle sensibilità superficiali e/o pallestesia, e/o statochinestesi ca, in 1-2 arti; oppure lieve deficit delle sensibilità superficiali e/o statochinestesi ca in 3-4 arti.	Marcata ipoestesia superficiale e/o perdita delle sensibilità propriocettive in 1-2 arti; oppure moderata ipo-estesia superficiale e/o marcato deficit delle sensibilità profonde in più di due arti.	Perdita delle sensibilità superficiali e profonde in 1-2 arti; oppure moderata ipoestesia superficiale e/o perdita delle sensibilità profonde dalla testa in giù.	Perdita delle sensibilità superficiali e profonde dalla testa in giù.	
Funzioni sfinteriche	Normale	Lieve difficoltà ad iniziare il mito o ad evacuare; oppure urgenza nella minzione o nella evacuazione; rara incontinenza urinaria	Moderata difficoltà ad iniziare il mito o ad evacuare; oppure urgenza nella minzione o nella evacuazione; rara incontinenza urinaria	Frequente incontinenza urinaria	Quasi costante cateterizzazione	Perdita della funzione vescicale	Perdita di entrambe le funzioni sfinteriche	
Funzioni visive	Visus normale	Visus (corretto) superiore a 7/10; presenza di scotoma	Visus pari a 4-6/10. L'unico difetto campi metrico eventualmente presente deve essere uno scotoma.	Visus pari a 2-3/10 (eventuale presenza di scotoma). Deficit campi metrici mono o bilaterali diversi dallo scotoma.	L'occhio peggiore presenta un marcato deficit del campo visivo e/o la massima acuità visiva è di 1/10, oppure ha una massima acuità visiva di 2-3/10 con l'occhio migliore con acuità visiva di 4-6/10	L'occhio peggiore ha un'acuità visiva di 1/10 e l'occhio migliore di 4-6/10 o meno	Acuità visiva pari a 1/10 bilateralmente	Si aggiunge ai gradi da 0 a 6 in caso di pallore temporale
Funzioni mentali	Normale	Modeste alterazioni del tono dell'umore (non modifica il punteggio all'EDSS)	Lieve deficit cognitive	Moderato deficit delle funzioni cognitive	Marcato deficit delle funzioni cognitive	Demenza		
Altre funzioni	Niente	qualsiasi altro segno attribuito alla SM						

Lo score finale si ottiene combinando i diversi punteggi ottenuti nei singoli sistemi funzionali:

EDSS = 0	Esame neurologico normale (tutti i sistemi funzionali [SF] di grado 0; è compreso il grado 1 del SF mentale)
EDSS = 1	Non c'è disabilità, segni minimi in un SF (escluso il SF mentale di grado 1)
EDSS = 1,5	Non c'è disabilità, segni minimi in più di un SF (più SF di grado 1; eccetto il mentale di grado 1)
EDSS = 2,0	Disabilità minima in un SF (un SF di grado 2, gli altri di grado 0 o 1)
EDSS = 2,5	Disabilità minima in un SF (due SF di grado 2, gli altri di grado 0 o 1)
EDSS = 3,0	Disabilità moderata in un SF (uno di grado 3, gli altri di grado 0 o 1), o disabilità lieve in tre o quattro SF (tre o quattro di grado 2, gli altri di grado 0 o 1), il paziente è del tutto autonomo
EDSS = 3,5	Il paziente è del tutto autonomo ma ha una disabilità moderata in un SF (di grado 3) e uno o due SF di grado 2; oppure due SF di grado 3; oppure cinque SF di grado 2 (altri di grado 0 o 1)
EDSS = 4,0	Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, autosufficiente, anche per 12 ore al giorno nonostante una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 e 1), o combinazioni di gradi inferiori che superano i limiti precedenti; il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 500 metri
EDSS = 4,5	Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, in grado di lavorare tutto il giorno, ma può avere qualche limitazione per un'attività completa e richiedere un minimo di assistenza; si caratterizza per una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 e 1) o combinazioni di gradi inferiori che superano i punteggi precedenti; è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 300 metri
EDSS = 5,0	Il paziente è in grado di camminare senza aiuto e senza fermarsi per circa 200 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da intralciare una completa attività quotidiana (per esempio lavorare tutto il giorno senza provvedimenti particolari)
EDSS = 5,5	Il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 100 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da impedire una completa attività quotidiana
EDSS = 6	Il paziente necessita di appoggio saltuario o costante da un lato (bastone, gruccia, cinghia) per camminare per circa 100 metri con o senza fermarsi
EDSS = 6,5	Il paziente necessita di appoggio bilaterale costante (bastoni, grucce, cinghie) per camminare per circa 20 metri senza fermarsi
EDSS = 7	Il paziente è incapace di camminare per oltre 5 metri anche con aiuto, ed è essenzialmente obbligato su una sedia a rotelle; è in grado di spostarsi da solo sulla sedia a rotelle e di trasferirsi da essa ad altra sede (letto, poltrona); passa in carrozzella circa 12 ore al giorno
EDSS = 7,5	Il paziente è incapace di fare più di qualche passo, è obbligato sulla sedia a rotelle; può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia ad altra sede; si sposta da solo sulla carrozzella standard per un giorno intero. Può aver bisogno di una carrozzella a motore
EDSS = 8	Il paziente è essenzialmente obbligato a letto o su una sedia a rotelle o viene trasportato sulla carrozzella, ma può stare fuori dal letto per gran parte del giorno; ha generalmente un uso efficace degli arti superiori
EDSS = 8,5	Il paziente è essenzialmente obbligato al letto per buona parte del giorno. Ha un qualche uso efficace degli arti superiori
EDSS = 9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e mangiare (viene alimentato)
EDSS = 9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente; incapace di comunicare efficacemente o di mangiare/deglutire
EDSS = 10	Decesso dovuto a SM

Occorre tener presente che la scala EDSS tende ad enfatizzare le ripercussioni sulla deambulazione e a sottovalutare i disturbi cognitivi e la funzionalità degli arti superiori. Di ciò è opportuno tener conto in presenza di documentati e rilevanti disturbi funzionali in questi ambiti, calibrando opportunamente la valutazione nei limiti dell'intervallo tra il minimo e il massimo del range previsto in tabella.

La stessa variabilità garantirà la possibilità di un'adeguata valutazione degli eventuali effetti collaterali dovuti al trattamento farmacologico.

Va sottolineato che nelle forme remittenti-ricidivanti lo score EDSS misurato in fase di acuzie non potrà avere significato valutativo per l'ovvia carenza del requisito della permanenza; sarà necessario pertanto procedere o tener conto di valutazioni condotte in fase di remissione.

F) La Comunicazione tecnico scientifica INPS per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla sclerosi multipla

La Comunicazione Tecnico Scientifica sulla SM (scaricabile dal sito dell'AIMS al seguente link: http://allegati.aism.it/manager/trackdoc.asp?file=/manager/UploadFile/2/20130116_098_diritti.pdf&open=1) è stata prodotta grazie alla collaborazione tra AISM e INPS, con il patrocinio delle Società Scientifiche SIN (Società Italiana di Neurologia) e SNO (Società Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri) e si configura come strumento essenziale affinché le persone con SM possano beneficiare di agevolazioni e diritti utili al reperimento ed al mantenimento del posto di lavoro, ad un'adeguata assistenza, ad un pieno godimento del diritto allo studio, al tempo libero, ad una buona qualità di vita in tutte le aree dell'esistenza.

Il documento presenta un quadro della malattia, dei suoi sintomi e relativo impatto sulla vita quotidiana, dei fattori prognostici, dei trattamenti farmacologici disponibili e dei loro effetti collaterali, ma anche di elementi utili a concedere l'esonero permanente dalle visite di revisione per le persone alle quali è riconosciuta l'indennità di accompagnamento e che presentano situazioni che possono rientrare nel D.M. 2 agosto 2007.

La Comunicazione è stata diffusa dall'INPS presso tutte le proprie UOC (Unità Operative Complesse) ed alle UOST (Unità Operative Semplici Territoriali), ovvero le strutture deputate a valutare la disabilità a livello medico legale, ovvero per il riconoscimento dell'invalidità, stato di handicap in base alla Legge 104/92, disabilità a fini lavorativi ai sensi della L.68/99.

Se opportunamente utilizzata questa Comunicazione dovrebbe garantire una valutazione della disabilità maggiormente adeguata ed omogenea sull'intero territorio nazionale, andando a superare quelle problematiche che da anni le persone con SM riscontrano e segnalano.

III) Strumenti per la diagnosi funzionale e la descrizione delle capacità

A) L'Allegato 1 al DPCM 13 gennaio 2000

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

Informazione

capacità di comprendere e memorizzare informazioni	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di trasmettere informazioni coerenti e comprensibili a terzi mediante parola e/o scrittura	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di esprimersi con altre modalità	assente	minima	media	elevata	potenziale

Postura

capacità di mantenere la posizione seduta	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di rimanere in piedi	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di piegare le ginocchia e rimanere sulle ginocchia in tale posizione	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di piegare completamente le ginocchia e di mantenersi in equilibrio sui talloni	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di distendersi su una superficie piana orizzontale e di mantenere tale posizione	assente	minima	media	elevata	potenziale
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.)	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di piegare in avanti e/o in basso la schiena e il corpo	assente	minima	media	elevata	potenziale

Locomozione

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

Movimento delle estremità/funzione degli arti

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

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	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di mantenere la posizione in cui ci si trova, determinata dall'interazione ed efficienza di altre capacità (ad es. capacità di ricevere informazioni esterne ed interne alla propria struttura corporea, capacità di posizionarsi nello spazio in modo adeguato ecc.)	assente	minima	media	elevata	potenziale

Fattori ambientali

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

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

capacità di sopportare la alternanza durante la giornata lavorativa (eventualmente anche di notte)	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di sopportare il ritmo lavorativo ovvero di mantenere la velocità con cui l'attività lavorativa procede	assente	minima	media	elevata	potenziale
capacità di accedere autonomamente al posto di lavoro	assente	minima	media	elevata	potenziale
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	assente	minima	media	elevata	potenziale

Sintesi

capacità migliori - descrizione:

Potenzialità relative a capacità

migliorabili	
mediante	
tempo prevedibile	mesi

B) La classificazione ICF

L'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) è una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità.

Tramite l'ICF si vuole quindi descrivere non le persone, ma le loro situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale.

Il principale aspetto innovativo della classificazione è che, a differenza delle precedenti classificazioni (ICD e ICIDH), dove veniva dato ampio spazio alla descrizione delle malattie dell'individuo, ricorrendo a termini quali malattia, menomazione ed handicap (usati prevalentemente in accezione negativa, con riferimento a situazioni di deficit), si fa riferimento a termini che analizzano la salute dell'individuo in chiave positiva (funzionamento e salute).

L'ICF vuole fornire un'ampia analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione fra salute e ambiente, arrivando alla definizione di disabilità, intesa come una condi-

zione di salute in un ambiente sfavorevole.

I suoi scopi principali sono:

- fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate;
- stabilire un linguaggio standard ed univoco per la descrizione della salute allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori;
- fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

Struttura dell'ICF

Le informazioni raccolte dall'ICF descrivono situazioni relative al funzionamento umano e alle sue restrizioni. La classificazione organizza queste informazioni in due parti:

- Funzionamento e Disabilità,
- Fattori Contestuali.

La prima parte è costituita dalla componente Corpo, che comprende due classificazioni, una per le Strutture Corporee e una per le Funzioni Corporee e dalla componente Attività e Partecipazione, che comprende l'insieme delle capacità del soggetto in relazione allo svolgimento di un determinato compito nell'ambiente circostante.

Ogni componente viene codificata facendo riferimento a codici alfanumerici e a qualificatori che denotano l'estensione o la gravità delle menomazioni a carico delle funzioni e strutture corporee e delle capacità del soggetto nell'eseguire determinati compiti.

L'ICF sottolinea l'importanza di valutare l'influenza dell'ambiente sulla vita degli individui: la società, la famiglia, il contesto lavorativo possono influenzare lo stato di salute, diminuire le nostre capacità di svolgere mansioni che ci vengono richieste e porci in una situazione di difficoltà.

L'ICF non è una classificazione che riguarda un "gruppo" ma riguarda tutte le persone poiché tutti possono avere una condizione di salute che in un contesto ambientale sfavorevole causa disabilità. È un capovolgimento di logica: mentre gli indicatori tradizionali si basano sui tassi di mortalità, l'ICF pone come centrale la qualità della vita delle persone affette o meno da una patologia, permette quindi di evidenziare come convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorarla affinché possano contare su un'esistenza produttiva e serena.

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

Check-list Icf

Considerato che gli *item* complessivi, codificati su quattro livelli, sono più di 1800, è stata introdotta, una **checklist** specifica che permette un utilizzo agile e veloce della Classificazione ICF, arrivando a cogliere la complessità del profilo di funzionamento utilizzando una selezione più limitata di codici (128).

Ognuno dei fattori (funzioni, strutture, attività e partecipazione, fattori ambientali) viene classificato con dei "**qualificatori**" con lo scopo di codificare il profilo di funzionamento di una persona e di identificare se l'ambiente è per essa barriera o facilitatore.

Funzioni corporee (menomazioni)

1. Funzioni mentali
 2. Funzioni sensoriali e dolore
 3. Funzioni della voce e dell'eloquio
 4. Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio
 5. Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino
 6. Funzioni genito-urinarie e riproduttive
 7. Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento
 8. Funzioni della cute e delle strutture correlate
-

Primo Qualificatore: Estensione delle menomazioni

- 0** Nessuna menomazione significa che la persona non presenta problemi.
- 1** Menomazione lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.
- 2** Menomazione media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.
- 3** Menomazione grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni.
- 4** Menomazione completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.
- 8** Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.
- 9** Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es.: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Strutture corporee (menomazioni)

1. Strutture del sistema nervoso
2. Occhio, orecchio e strutture collegate
3. Strutture collegate alla voce e all'eloquio
4. Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e respiratorio
5. Strutture collegate al sistema digestivo, metabolico e endocrino
6. Strutture collegate al sistema genitourinario e riproduttivo
7. Strutture collegate al movimento
8. Cute e strutture collegate

Primo Qualificatore: Estensione delle menomazioni	Secondo Qualificatore: Natura del cambiamento	Terzo Qualificatore: (suggerito) Localizzazione
<ul style="list-style-type: none"> 0 Nessuna menomazione significa che la persona non presenta il problema. 1 Menomazione lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni. 2 Menomazione media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni. 3 Menomazione grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni. 4 Menomazione completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni. 8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione. 9 Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es.: b6301 Struttura dell'utero per un uomo). 	<ul style="list-style-type: none"> 0 Nessun cambiamento nella struttura 1 Assenza totale 2 Assenza parziale 3 Parte in eccesso 4 Dimensioni anormali 5 Discontinuità 6 Posizione deviante 7 Cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di fluidi 8 Non specificato 0 Non applicabile 	<ul style="list-style-type: none"> 0 Più di una regione 1 Destra 2 Sinistra 3 Entrambi i lati 4 Frontale 5 Dorsale 6 Prossimale 7 Distale 8 Non specificato 9 Non applicabile

Attività e Partecipazione

Limitazioni dell'Attività e
Restrizioni alla Partecipazione
(coinvolgimento di un individuo
in una situazione di vita)

1. Apprendimento e applicazione della conoscenza
2. Compiti e richieste di carattere generale
3. Comunicazione
4. Mobilità
5. Cura della propria persona
6. Vita domestica
7. Interazioni e relazioni interpersonali
8. Principali aree della vita
9. Vita di comunità, sociale e civica

Primo Qualificatore: Performance

Estensione della restrizione della Partecipazione

Secondo Qualificatore: Capacità (senza assistenza)

Estensione della limitazione dell'Attività

- 0 Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema.
- 1 Difficoltà lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.
- 2 Difficoltà media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.
- 3 Difficoltà grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni.
- 4 Difficoltà completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.
- 8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.
- 9 Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice.

Fattori ambientali

che possono avere impatto
sulle prestazioni di un individuo
in un determinato contesto

1. Prodotti e tecnologia
2. Ambiente naturale e cambiamenti apportati dall'uomo all'ambiente
3. Supporto e relazioni
4. Atteggiamenti
5. Servizi, sistemi e politiche

Qualificatore ambientale: barriera o facilitatore

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| 0 Nessuna barriera | 0 Nessun facilitatore |
| 1 Barriera lieve | +1 Facilitatore lieve |
| 2 Barriera media | +2 Facilitatore medio |
| 3 Barriera grave | +3 Facilitatore sostanziale |
| 4 Barriera completa | +4 Facilitatore completo |
| 8 barriera non specificato | +8 Facilitatore, non specificato |
| 9 Non applicabile | 9 Non applicabile |

ALLEGATO 1 Modulo per richiesta di visita specialistica

A titolo di esempio, si propone di seguito un modello per effettuare richieste di visita specialistica finalizzate ad ottenere una migliore descrizione della diagnosi, dei deficit funzionali e della terapia, per facilitare la comunicazione con lo specialista (in particolare il neurologo ed il fisiatra) e l'interpretabilità dei risultati da parte del Medico Competente

Carta intestata del medico competente

SI RICHIEDE VISITA SPECIALISTICA _____ per il/la sig. _____

Nato il ____/____/____ U.O. _____ mansione _____

MOTIVAZIONE: paziente affetto da S.M. forma _____ Si richiede in particolare valutazione funzionale di _____

DATA ____/____/____

(Accertamenti effettuati ai sensi dell'art. 41 Decr. L.gs 81/2008)

il Medico Competente

REFERTO DA CONSEGNARE AL MEDICO COMPETENTE

Diagnosi principale _____ **Diagnosi secondaria** _____

Obiettività - Valutazione funzionale _____

movimenti limitati _____

motilità residua _____

motilità residua _____

movimenti/posture sconsigliati _____

Presenza di fatica lieve moderata grave **metodo di valutazione** _____

Indicazioni terapeutiche e comportamentali:

Terapia fisica _____ Sedute n° _____

Terapia farmacologica _____

Ausili o adattamenti ambientali consigliati _____

Tempi di riposo consigliati _____

Note _____

Data ____/____/____

Il Medico Responsabile

CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA

DATA _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Diagnosi - sclerosi multipla

forma recidivante-remittente forma primariamente progressiva forma secondariamente progressiva

Patologie concomitanti

Esame neurologico

Funzioni	Annotazioni (Descrivere i segni e i sintomi neurologici riscontrati)
piramidali	_____
cerebellari	_____
del tronco cerebrale	_____
sensitive	_____
intestinali e vescicali	_____
visive-campimetria	_____
stato mentale	_____
altre funzioni	_____

Metri di autonomia nella deambulazione (senza ausilio)

non deambula					deambulazione autonoma		
0 m	5 m	20 m	100 m	200 m	300 m	500 m	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

Ausili per deambulazione (per la maggior parte del tempo)

nessuno assistenza unilaterale assistenza bilaterale carrozzina

Sintomo	Impatto sulla vita quotidiana			Note*
Spasticità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Disturbi dell'equilibrio	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Disfunzioni urinarie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Disturbi sessuali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Fatica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Disturbi d'ansia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Depressione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Problemi cognitivi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Disturbi comunicazione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Disfagia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Dolore	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	
Altro	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	_____	

* indicare solo i sintomi presenti e come incidono sulla qualità di vita. Specificare per ognuno il modo in cui condiziona la vita quotidiana: per es. disfunzioni urinarie, sonno interrotto, 5-7 volte/notte per urinare.

Terapia farmacologica*

Farmaco	Setting	Impatto degli effetti collaterali sulla vita quotidiana
<input type="checkbox"/> interferone beta tipo: _____	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Copolimero - 1	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Mitoxantrone	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Natalizumab	<input type="checkbox"/> ricovero	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Ciclofosfamide	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Terapia riabilitativa	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave

* da indicare anche farmaci sintomatici

Parere conclusivo*

EDSS _____

* esplicitare in che modo la situazione sanitaria (quadro clinico, farmaci, sintomi) incide sulla vita quotidiana spiegando come il riconoscimento potrebbe migliorare la qualità di vita della persona.

Timbro e firma del Medico _____

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge

