

COMPENDI 1

# La Fibrosi Cistica nella giurisprudenza e nella prassi medico legale

a cura di Paolo Lanzillotta

a cura di Paolo Lanzillotta



**LIFC**  
Lega Italiana  
Fibrosi Cistica



PAOLO LANZILLOTTA

LA FIBROSI CISTICA  
NELLA GIURISPRUDENZA  
E NELLA  
PRASSI MEDICO LEGALE

Edizioni TORED srl - 2015



## PRESENTAZIONE

Negli ultimi anni sono state molte le richieste di “prima assistenza” pervenute all’ufficio legale della Lega Italiana Fibrosi Cistica (LIFC), relative alle tante problematiche giuridiche che vedono protagonista il malato e i suoi familiari.

Fin dalla nascita, infatti, il paziente e chi si prende cura di lui devono risolvere una serie di vicende legali e medico-legali per le quali non tutti, ovviamente, hanno l’adeguata preparazione.

Il presente lavoro, senza alcuna pretesa di esaustività, vuole raccogliere a mo’ di compendio le regole dettate dalla legge e le decisioni più significative della giurisprudenza in tema di fibrosi cistica. Gli argomenti vengono trattati ripercorrendo idealmente la vita del paziente, fin dal momento precedente alla nascita (si pensi alle problematiche sottese alla procreazione medicalmente assistita e, specificamente, alla possibilità di una diagnosi preimpianto), e via via all’avanzare dell’età: dalle visite davanti alla commissione medica per il riconoscimento dell’invalidità civile e dei benefici della L. 104/1992, all’inserimento a scuola con i problemi a ciò sottesi e legati alla somministrazione degli enzimi, alle disposizioni relative alla collocazione obbligatoria nel lavoro, alla disciplina in tema di circolazione stradale.

Questo compendio, in definitiva, in ossequio a quella che è la politica della LIFC, vuole contribuire a fornire le prime risposte e le prime indicazioni giuridiche agli associati che si trovano a dover affrontare giornalmente, spesso vere e proprie battaglie, che certo non alleviano la già difficile sfida della loro vita.

**Sandro Nardi**  
*Responsabile Ufficio Legale LIFC*

# LA FIBROSI CISTICA NELLA GIURISPRUDENZA E NELLA PRASSI MEDICO LEGALE

## INDICE

1. Introduzione. Inquadramento generale dei diritti riconosciuti al paziente di fibrosi cistica .....	p. 13
2. La fibrosi cistica prima del concepimento .....	» 15
2.1. Soggettività del nascituro: il nascituro o concepito risulta dotato di autonoma soggettività giuridica? ...	» 20
2.2. Sul consenso informato come diritto irrinunciabile della persona .....	» 23
3. I portatori sani. La procreazione medicalmente assistita e la sentenza della CEDU .....	» 30
3.1. Lo screening neonatale .....	» 31
3.2. In caso di rifiuto del Centro di procreazione medicalmente assistita di eseguire la prestazione? .....	» 35
4. Che responsabilità caratterizza la struttura sanitaria in caso di errore negli accertamenti ante parto? .....	» 37
4.1. Il padre è legittimato a chiedere il risarcimento? ..	» 39
4.2. Quale sorte per i danni subiti dal neonato? .....	» 41
4.3. Su chi grava l'onere della prova in caso di azione giudiziaria per il risarcimento dei danni? .....	» 44
5. Il riconoscimento di stato di invalido civile .....	» 45
5.1. Considerazioni generali .....	» 46
5.2. Contributo tecnico elaborato in sede condivisa con LIFC (Lega Italiano Fibrosi Cistica) e SIFC (Società Italiana Fibrosi Cistica) - c.d. Contributo tecnico scientifico	» 48

5.3. La domanda e l'accertamento .....	» 49
5.3.1. Il procedimento amministrativo .....	» 49
5.3.2. La domanda e l'accertamento .....	» 50
5.4. L'INPS può controllare i giudizi espressi dalla Commissione invalidi ASP? .....	» 51
5.5. La modalità di valutazione dell'invalidità .....	» 52
5.6. Dopo la presentazione della domanda? .....	» 53
5.7. Le prestazioni .....	» 54
5.7.1. La pensione di invalidità .....	» 54
5.7.2. Assegno mensile di invalidità .....	» 55
5.7.3. Indennità di accompagnamento .....	» 56
5.7.4. Indennità mensile di frequenza .....	» 57
5.8. In caso di mancato riconoscimento dell'invalidità ..	» 57
5.8.1. Ricorso avverso il mancato riconoscimento dell'invalidità .....	» 57
5.8.2. In cosa consiste l'accertamento tecnico preventivo? .....	» 58
5.8.3. Cosa succede in caso di contestazione? .....	» 61
5.9. Possibilità di revisione .....	» 63
5.9.1. Cosa succede in caso di mancata presenza alla visita di verifica? .....	» 65
5.9.2. Rettifica per errore - cosa succede se per errore viene concessa una prestazione di assistenza? .....	» 65
5.10. Richiesta di aggravamento .....	» 66
5.10.1. Pluriminorazione .....	» 66
6. Il riconoscimento della Legge 104/1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate; definizione di handicap, mobilità lavorativa) .....	» 68
6.1. Premessa .....	» 68
6.2. La domanda .....	» 69
6.3. Quando spetta .....	» 69

6.4. Permessi retribuiti oggetto ( <i>Semplificazione per i soggetti con invalidità - Le recenti disposizioni dettate dal decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito in legge 11 agosto 2014</i> ) .....	» 70
Segue - Diritto al part-time .....	» 71
Segue - Priorità al part-time .....	» 73
Segue - Congedi parentali e part-time .....	» 75
6.5. Congedo straordinario oggetto (Legge 388/2000 - art. 42 del D.lgs. 151/2001) .....	» 77
6.6. Congedi parentali anche ai fratelli conviventi se i genitori sono inabili? .....	» 78
6.6.1. L'utilizzazione del permesso retribuito per finalità diverse dalla legge 104 può portare al licenziamento del lavoratore? .....	» 79
6.7. Il congedo straordinario non è frazionabile ma può essere goduto solo a giorni interi e non ad ore ....	» 80
6.8. Mobilità lavorativa .....	» 81
6.8.1. I destinatari .....	» 81
6.9. Diritti e doveri delle parti - in genere - Permessi giornalieri ex art. 33, comma 3, della legge n. 104 del 1992 - Retribuibilità - Nel settore privato e in quello pubblico - Fondamento - Conseguenze - Compenso incentivante ex art. 18, legge n. 88 del 1989 - Spettanza ..	» 84
6.9.1. Procedura per la richiesta .....	» 85
6.9.2. Normativa di riferimento .....	» 85
6.9.3. Estensione a parenti o affini entro il 3° grado? .	» 87
6.9.4. Patologie invalidanti .....	» 88
6.9.5. Mancanti .....	» 89
6.9.6. Convivenza - Continuità - Esclusività .....	» 89
6.9.7. Requisiti .....	» 89
6.9.8. Ricovero a tempo pieno .....	» 90
6.9.9. Referente unico .....	» 90
6.9.10. Procedura per la richiesta .....	» 94

6.9.11. Normativa di riferimento .....	» 94
6.9.12. L'utilizzazione del permesso retribuito per finalità diverse dalla legge 104 può portare al licenziamento del lavoratore? .....	» 97
7. "Semplificazione per i soggetti con invalidità" - Le recenti disposizioni dettate dal decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito definitivamente dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 .....	» 97
7.1. Rivedibilità e status .....	» 98
7.2. Patente e guida .....	» 99
7.3. Parcheggi .....	» 100
7.4. Certificati provvisori e agevolazioni lavorative .....	» 101
7.5. Neomaggiorenni titolari di indennità di accompagnamento e di frequenza .....	» 103
7.6. Rivedibilità .....	» 104
8. Lavoro e collocamento obbligatorio .....	» 106
8.1. Quali formalità sono necessarie per l'instaurazione del rapporto lavorativo e che tipologia contrattuale può essere utilizzata? .....	» 108
8.2. È possibile pattuire un periodo di prova al contratto di lavoro con un disabile? .....	» 109
8.3. Può un lavoratore disabile assunto ex l. n. 68/1999 essere licenziato? .....	» 110
8.4. Licenziamento dell'invalido e onere della prova dell'impossibilità di altra utilizzazione .....	» 111
8.5. Quando il datore di lavoro può rifiutarsi di assumere un invalido? .....	» 112
9. La somministrazione di farmaci e enzimi a scuola .....	» 113
10. Fibrosi cistica e diritto alla libera circolazione e alle agevolazioni fiscali .....	» 114
10.1. Libera circolazione .....	» 114
10.1.1. La normativa attualmente vigente .....	» 114

10.1.2. Il malato di fibrosi cistica può godere del diritto al contrassegno? .....	» 120
10.2 Agevolazioni fiscali .....	» 122
10.2.1. Agevolazioni per il settore auto .....	» 122
10.2.1.1. I soggetti che possono usufruire del diritto .....	» 122
10.2.1.2. La detrazione Irpef per i mezzi di locomozione .....	» 123
10.2.1.3. L'esenzione permanente dal pagamento del bollo .....	» 125
10.2.1.4. L'agevolazione Iva .....	» 125
10.2.2. Figli a carico (sono importi riferiti ad un'annualità, tipo il 2013, o valgono sempre?) .....	» 126
10.2.2.1. La maggiore detrazione per il figlio disabile .	» 127
10.2.3. La certificazione delle spese sanitarie e la valenza sanitaria .....	» 127
10.2.3.1. La detrazione delle spese sanitarie .....	» 128
10.2.3.2. Detrazione retta della casa di riposo .....	» 128
10.3. Giurisprudenza rilevante .....	» 130
11. Il cosiddetto "fine vita": diritti ed interessi protetti ...	» 156
Allegati .....	» 163
A) LEGGE 23 dicembre 1993, n. 548 - Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica .....	» 163
B) Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. legge 104/92 ....	» 169
C) FIBROSI CISTICA contributo tecnico-scientifico per l'accertamento degli stati invalidanti .....	» 212
D) RICORSO PER A.T.P. EX ART. 445 BIS C.P.C. (Indennità di accompagnamento ex art. 1 legge 18/80 e/o handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 legge 104/92) .....	» 233



## **1. Introduzione. Inquadramento generale dei diritti riconosciuti al paziente di fibrosi cistica.**

I diritti riconosciuti dalla legislazione vigente specificamente vertente sul tema, nonché dai principi generali relativi al rapporto fra il malato, le strutture sanitarie, i medici e le Amministrazioni interessate al fenomeno, ai soggetti affetti da fibrosi cistica sono numerosi e finalizzati sia alla prevenzione che alla diagnosi precoce della malattia, nonché ad una concreta assistenza ospedaliera e domiciliare per la cura e la riabilitazione dei malati.

Le principali disposizioni normative aventi per oggetto specificamente il malato di fibrosi cistica sono dettate: a) dalla Legge n. 548 del 23 dicembre 1993, appositamente intitolata *Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica* a cui segue b) la Circolare attuativa del 15 aprile 1994 prot. 500.4 /D.M. 1 - 407 del Ministero della sanità avente ad oggetto le prime indicazioni per l'applicazione della legge 548 del 23.12.1993.

Numerose altre disposizioni in ogni modo le ricaviamo da un articolato complesso normativo, che afferisce alle molteplici disposizioni in tema di invalidità civile, assistenza ed integrazione sociale delle persone portatrici di handicap, e così analogamente le disposizioni stabilite per il conseguimento delle corrispondenti prestazioni assistenziali e previdenziali. Non mancano poi, come si vedrà, importanti evoluzioni giurisprudenziali che, vertendo in tema di responsabilità sanitaria, sono applicabili anche alla posizione del malato di fibrosi cistica ed al suo rapporto con l'assistenza nosocomiale; infine, è da considerare anche la disciplina relativa al trattamento del dolore nei casi in cui il decorso della malattia non è arginabile ed è irrimediabilmente proiettato verso un esito purtroppo infausto.

La legge n. 548 del 1993, recante *Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica* ha tuttavia inteso dare soluzione a differenti problemi non solo di ordine prettamente sanitario,

preventivo e assistenziale, ma anche sociale dei soggetti affetti da fibrosi cistica, essendo quest'ultima malattia per espressa disposizione del legislatore da considerarsi di "alto interesse sociale".

A tal fine l'art. 3 comma secondo della legge 548 prescrive che le regioni istituiscano, a livello ospedaliero o universitario, un **Centro regionale specializzato** (CRR) di riferimento con funzioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione dei malati, così come di orientamento e coordinamento delle attività sanitarie, sociali, formative ed informative.

I centri regionali provvedono di conseguenza alla cura e alla riabilitazione dei malati di fibrosi cistica sia in regime ospedaliero, sia in regime ambulatoriale e di day hospital, sia a domicilio. Le cure a domicilio sono assicurate in regime di ospedalizzazione domiciliare continuativa, su **richiesta del paziente o del suo tutore**, con la collaborazione del medico di libera scelta e con il sostegno di personale medico, infermieristico e riabilitativo, nonché di personale operante nel campo dell'assistenza sociale, adeguatamente preparato dai centri di formazione sopra citati. Ai medesimi centri compete, sempre ad istanza del cittadino, di rilasciare al malato di fibrosi cistica una tessera personale che attesta l'esistenza della malattia: la titolarità della tessera da diritto ad usufruire delle prestazioni previste dalla legge medesima, alle quali sono obbligate le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. A tal riguardo, l'art. 3 comma I stabilisce che i predetti soggetti istituzionali provvedono a fornire gratuitamente il materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario per l'aerosolterapia anche ultrasonica, l'ossigenoterapia, l'antibioticoterapia, la fisiochinesiterapia e la riabilitazione, la terapia nutrizionale enterale e parenterale e quanto altro ritenuto essenziale per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di fibrosi cistica. I farmaci, i supplementi nutrizionali, i presidi sanitari e le apparecchiature di terapia e riabilitazione sono forniti ai pazienti direttamente dalle unità sanitarie locali di residenza su

prescrizione di un centro regionale. Inoltre, le regioni assicurano l'eventuale trapianto di organi ed il servizio di trasporto immediato, anche aereo, per tale trapianto, senza alcun onere per il paziente e per la sua famiglia, indipendentemente dal reddito.

Per facilitare il trattamento di cura e di riabilitazione è consentito inoltre, per la terapia della fibrosi cistica, la prescrizione multipla di farmaci di cui all'elenco dell'art. 1 comma 9 della legge n. 37 del 1989.

Ciò posto, al soggetto affetto da fibrosi cistica l'ordinamento offre numerose tutele, tuttavia è necessario distinguere alcuni dei principali concetti ai quali afferiscono specifiche assistenze e prestazioni. È opportuno porre dapprima a confronto il concetto di **invalidità** con quello di **disabilità**, rispetto ai quali si possono individuare delle differenze rilevanti dal momento che, di fatto, le due condizioni non sono strettamente collegate perché può accadere che un soggetto versi in una sola delle due condizioni, in quanto la disabilità non comporta l'invalidità e viceversa.

## 2. La fibrosi cistica prima del concepimento

La fibrosi cistica è la più diffusa malattia genetica autosomica (cioè che colpisce uno dei cromosomi non sessuali, gli autosomi, appunto). In Italia la fibrosi cistica colpisce un bambino su circa (2.500) 3 mila, ma altri possono esserne affetti in forma atipica o sfumata.

Per esempio, alcune forme di infertilità maschile sono causate da una "lieve" fibrosi cistica che causa l'ostruzione dei dotti deferenti, cioè i canali nell'apparato genitale dove transitano gli spermatozoi. La fibrosi cistica viene trasmessa dai genitori attraverso un gene mutato, il CFTR: i portatori sani di fibrosi cistica

sono una persona ogni 27, quindi la possibilità che due portatori sani si incontrino è molto alta, e la loro probabilità di avere un figlio malato è del 25%.

In pratica, le cellule che rivestono internamente molti organi vitali (bronchi, pancreas, intestino, dotti biliari, ghiandole del sudore, e così via) in chi è malato di fibrosi cistica sono prive o carenti di una proteina, perciò le secrezioni degli organi sono dense e ristagnano, danneggiandoli. La malattia della fibrosi cistica ha molte forme, perché le mutazioni del gene sono circa duemila: tale patologia può manifestarsi nelle prime settimane di vita, durante l'adolescenza o nell'età adulta, in genere in forma meno grave.

Il test per la diagnosi della fibrosi cistica consiste in un **esame molecolare** (prelievo di sangue e analisi dei cromosomi contenuti nei linfociti) che cerca le mutazioni più severe e più frequenti di fibrosi cistica nella popolazione italiana. Il test è gratuito per le coppie che hanno problemi di infertilità e per quelle fertili con parenti con fibrosi cistica: la procreazione medicalmente assistita comporta trattamenti medici invasivi, trattamenti ormonali molto pesanti e un carico psicologico gravoso. La consapevolezza di essere entrambi portatori del gene mutato della fibrosi cistica e quindi di correre il rischio elevato di avere un figlio affetto da questa malattia può suggerire agli aspiranti genitori un percorso alternativo, come l'adozione. Se invece la coppia decide di proseguire nella ricerca di una gravidanza, può richiedere a un centro per la fecondazione assistita la diagnosi preimpianto dell'embrione, per avere la sicurezza che l'eventuale figlio nascerà sano.

Tuttavia questa è stata in molti casi una strada più facilmente percorribile all'estero, date le limitazioni in Italia della Legge 40 del 2004 sulla procreazione medico assistita, che impedisce una "selezione" degli embrioni sani. Ciò nonostante, oggi a se-

guito di alcune importanti recenti sentenze, in *primis* della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo si può trovare tutela giudiziaria anche nel nostro paese.

Possiamo ricordare come recentemente il Tribunale di Cagliari<sup>1</sup> si è occupato in più di una occasione di diagnosi preimpianto, e con l'ordinanza 9 novembre 2012 ha risolto la questione di cui era stato costretto ad occuparsi.

La parte resistente in giudizio, contraria alla legittimità dell'utilizzo della diagnosi preimpianto e della selezione embrionaria, era il medesimo Centro di procreazione medicalmente assistita (Centro pma) che già nel 2007, con la sentenza 24 settembre 2007, era stato condannato sempre dal foro di Cagliari ad eseguire la diagnosi preimpianto sugli embrioni da trasferire nell'utero della donna aspirante madre. E peraltro, ancor prima, nel 2005, sempre il Tribunale di Cagliari (ordinanza del 16 luglio) per la medesima questione aveva *sostanzialmente* ritenuto infondato il rifiuto del medesimo Centro di pma di eseguire la diagnosi preimpianto (rimettendo gli atti del procedimento alla Corte Cost.).

---

<sup>1</sup> Il giudice del Tribunale di Cagliari inoltre richiama la sentenza del 28 agosto 2012 della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (recentemente confermata dalla sentenza 11 febbraio 2013 della Grande Camera), con la quale si condanna lo Stato italiano, per l'ingerenza in scelte attinenti la vita privata e familiare perpetrata mediante talune disposizioni della legge 40/2004, e si stabilisce la legittimità della diagnosi preimpianto, essenzialmente in base alla *coerenza* che deve caratterizzare l'ordinamento nazionale. Siccome per tutelare la salute della donna ed al fine di permettere una volontà consapevole in materia procreativa, si possono legittimamente eseguire diagnosi prenatali per conoscere la salute del feto, analogamente si potranno eseguire diagnosi preimpianto per conoscere la salute dell'embrione.

Se si pensa poi alla sentenza n. 151 dell'8 maggio 2009 della Corte costituzionale<sup>2</sup> che *implicitamente* ha legittimato l'uso della diagnosi genetica (come riconosciuto dal Tribunale di Bologna, *ordinanza 29 giugno 2009*) e alle pronunce dei Tribunali ordinari che hanno *esplicitamente* legittimato l'uso della diagnosi preimpianto (Trib. Firenze, *ordinanza 17 dicembre 2007*; ord. Trib. Salerno, *13 gennaio 2010*) il recente rifiuto di effettuare la diagnosi preimpianto posto dal detto Centro di pma risulta illegittimo, contrario a riconoscere diritti oramai dati per assodati da una *giurisprudenza* pienamente conforme alla normativa ed ai principi fondamentali dell'ordinamento in materia sanitaria.

Comunque, sostanzialmente l'unica - per quanto debole - argomentazione impiegata dal Centro di procreazione medicalmente assistita per rifiutare di effettuare, rispetto ad una coppia che l'aveva interpellato, la diagnosi preimpianto consiste nel riferimento all'art. 13, c. 2, della legge riguardante la procreazione medicalmente assistita, la n. 40/2004, dove si afferma che la «ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso». Siccome, almeno attualmente, non è possibile curare l'embrione, allora la diagnosi preimpianto sarebbe vietata.

---

<sup>2</sup> La Corte costituzionale ha dichiarato che la legge sulla procreazione assistita è in parte costituzionalmente illegittima, laddove prevede la produzione di non più di tre embrioni per volta, da impiantare contemporaneamente (perché viola l'articolo 3 della Costituzione sotto il duplice profilo del principio di ragionevolezza e di quello di uguaglianza, in quanto il legislatore riserva il medesimo trattamento a situazioni dissimili) e laddove non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna.

In realtà – come già rilevato dallo stesso foro cagliaritano nella sentenza 24 settembre 2007 – con la disposizione di cui all’art. 13, c. 2, non si richiama la diagnosi preimpianto, bensì la *ricerca clinica*, cioè *quell’indagine sistematica, effettuata anche mediante la sperimentazione e la manipolazione genetica, volta ad accrescere le conoscenze in ambito biomedico*. E, aggiunge il giudice del Tribunale di Cagliari, seppur si rileva che dalla disposizione di cui all’art. 13, c.2, deriva una preminenza della tutela dell’embrione rispetto alla tutela dell’interesse della collettività alla ricerca clinica e sperimentale, non è questo un punto fondamentale della legge, qualora ci si voglia occupare di stabilire la legittimità o meno dell’impiego della diagnosi preimpianto.

Punti fondamentali, per la questione che interessa, sono rinvenibili in altre disposizioni: in particolare l’art. 6, c.1 (che richiama il principio del *consenso informato*) e l’art. 14, c.5, dove si prevede che i soggetti aspiranti genitori su loro richiesta devono essere informati sullo stato di salute degli embrioni da trasferire nell’utero; informazione affidabile solo mediante la diagnosi preimpianto.

Il giudice rileva poi che la diagnosi preimpianto attiene alle tecniche di procreazione medicalmente assistita le quali costituiscono, qualora vi fosse ancora bisogno di tale riscontro, un *trattamento medico*, anche per il diritto vivente (si vedano fra le altre: Cass. sentenza **28 luglio 2011**, n. **16543** e sentenza **11 maggio 2009**, n. **10741**). Pertanto in materia di procreazione medicalmente assistita e di diagnosi preimpianto valgono le prescrizioni di cui è espressione il principio del *consenso informato*, dunque nei confronti degli aspiranti genitori devono essere fornite, da parte del personale sanitario, tutte le informazioni necessarie al «formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa».

## **2.1. Soggettività del nascituro: il nascituro o concepito risulta dotato di autonoma soggettività giuridica?**

Secondo la Cassazione sentenza n. 10741 dell'11 maggio 2009 il nascituro o concepito risulta dotato di autonoma soggettività giuridica ed ha diritto a nascere sano. Premesso che nel nostro ordinamento il concepito è l'essere umano primordiale, che tale resta per tutto il periodo che va dalla fecondazione alla nascita, e che per costante tradizione - nonché per l'espresso dettato dell'art. 1 del codice civile - è privo della capacità giuridica, essendo la nascita la condizione imprescindibile per l'acquisto dei diritti soggettivi e dei doveri connessi alla soggettività così come intesa dalle norme attualmente vigenti, occorre intenderci sulla nuova posizione esegetica che sembra ora esprimere, sia pure con qualche incertezza e qualche tentennamento, il Collegio Supremo. L'apertura interpretativa operata dalla Magistratura nomofilattica, infatti, non ancorata ad un qualche precetto positivo espresso ma costruita sulla base di un ragionamento che mira ad estendere il concetto di soggettività giuridica come ricavabile dal codice civile attualmente vigente, deve comunque essere intesa non come il riconoscimento generale della rilevanza giuridica attiva del concepito, ma come una soggettività peculiare, limitata alla titolarità di alcuni interessi fondamentali e primari (quali quello alla vita, alla salute, all'integrità psicofisica, all'onore, alla reputazione, all'identità personale), rispetto ai quali è ammissibile considerare l'entità che ancora deve nascere come un centro autonomo di imputazione individuale di tali interessi ineludibili e generali: su queste basi logiche, pertanto, la Corte di cassazione ha ritenuto che stante tale limitata soggettività del nascituro, può validamente affermarsi la sussistenza di un nesso causale fra il cattivo operato dei medici - che magari hanno ommesso di prescrivere farmaci utili alla madre, oppure hanno di converso prescritto farmaci dannosi per il feto, oppure

ancora hanno ommesso di diagnosticare correttamente patologie della madre o del feto tali da incidere poi negativamente sulla vita dopo il parto - e le malformazioni riportate dal concepito una volta reciso il cordone ombelicale, di fatto condannandolo ad una vita di sofferenza: in questi casi il soggetto ormai nato proprio con la nascita, in dipendenza di quell'interesse di cui era portatore nell'alveo materno, acquisisce un diritto soggettivo al risarcimento per i danni in tal modo riportati. Su questa base logica, si è potuto poi sostenere che sia il contratto che la paziente pone in essere con la struttura sanitaria e sia il contratto concluso dalla stessa con il singolo medico risultano produttivi di effetti, oltre che nei confronti delle stesse parti, anche di ulteriori effetti, c.d. protettivi, nei confronti del concepito e del genitore, come terzi. Il consenso informato deve essere presente sia nella fase di formazione del consenso, sia nella fase antecedente che in quella di esecuzione del contratto, riconducibile (come in altri settori) alla clausola generale di buona fede del nostro ordinamento civilistico ex artt. 1175, 1337, 1375 c.c.. Va brevemente ricordato come l'interpretazione che si sta facendo strada in sede giurisprudenziale trovi anche un minimo riscontro nella legislazione vigente: l'art. 1 della legge 19 febbraio 2004, n. 40, recante *Norme in tema di procreazione medicalmente assistita*, infatti, stabilisce al primo comma che al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di **tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito**. Sembrerebbe dunque che il Legislatore si sia orientato nel senso di annoverare, a date condizioni ed entro certi limiti, anche il concepito fra i soggetti di diritto, così espressamente aderendo ad una nuova e più moderna concezione, la quale tende a separare i concetti - antropologici ma soprattutto giuridici - di "soggetto" e di "persona", finendo con l'ammettere

e col sostenere che il soggetto giuridico può essere anche qualcosa di diverso dalla “persona” fisicamente intesa, per il venire in essere della quale è condizione imprescindibile la nascita di un essere vivo, anche se non vitale, separato definitivamente dall’alveo materno. Pertanto, se il concepito è soggetto – anche se ancora non persona – potrà vedere i propri interessi primari, dei quali è titolare prima della venuta al mondo, trasformarsi dopo la nascita in pieni diritti soggettivi, tutelabili in ogni sede ivi compresa quella risarcitoria. Ciò, tuttavia, non potrà mai comportare – secondo i giudici di legittimità – il riconoscimento di un **diritto a non nascere se non sano** in capo al concepito: siffatto diritto incontra, nel pensiero della Suprema Corte, vari ostacoli. Innanzitutto, trattandosi di vero e proprio diritto, e non di mero interesse, esso non potrebbe sorgere per difetto di capacità giuridica del suo titolare, ancora non nato; inoltre, una volta nato il soggetto che potrebbe esserne titolare, questo diritto più non esisterebbe, in quanto escluso nella sua plausibilità proprio dall’evento della nascita; inoltre, ammettere in qualche modo l’esistenza di una simile situazione soggettiva finirebbe per ricondurre la fattispecie, sia pure in modo indiretto, alla figura dell’eutanasia, pratica vietata ed antigiuridica nel sistema italiano (Cass. civ. 29 luglio 2004, n. 14488). Ecco perché è invece riconosciuto un diritto a nascere e, segnatamente un **diritto a nascere “sani”**, suscettibile di essere inteso esclusivamente nella più positiva delle sue accezioni poiché la tutela della gravidanza è una tutela funzionale al suo esito utile, cioè come sbocco alla vita, e non verso un esito fatale quale la morte; pertanto è illecito l’aborto eugenetico – ovvero l’interruzione della gravidanza sganciata dal pericolo grave per la salute della madre ed attuata soltanto in dipendenza della malattia ex se considerata del concepito – mentre si afferma il diritto del concepito, una volta nato, a veder riparate le lesioni subite durante la sua gestazione per effetto di condotte colpose o dolose di terzi, fra i quali certamen-

te i medici che questa sua gestazione hanno seguito in modo improprio o comunque non rispettoso dei protocolli sanitari e scientifici di riferimento comunemente applicabili alle opere svolte (Cass. 14 luglio 2006, n. 16123).

## **2.2. Sul consenso informato come diritto irretrattabile della persona.**

Fra gli obblighi che sorgono in capo al medico quando il paziente si rivolge a lui e si instaura fra loro un rapporto giuridico che ormai da costante giurisprudenza e maggioritaria dottrina è attratto nell'ambito dei rapporti contrattuali, vi è senza alcun dubbio quello di informarlo costantemente e compiutamente circa tutti gli aspetti del legame a fini terapeutici che così si è venuto ad ingenerare: infatti, è ormai principio generale del nostro sistema quello a tenore del quale l'attività medico-chirurgica, al di fuori di situazioni di grave urgenza nelle quali non sussiste possibilità alcuna di ricercare la connivenza del malato, pur essendo certamente auto-legittimata in quanto funzionale alla tutela di un bene giuridico primario e costituzionalmente essenziale quale è la quello della salute (Cass. civ., sez. III, 25 novembre 1994, n. 10014), non può comunque esercitarsi senza il consenso della persona che risulta essere alla stessa sottoposta, non essendo ravvisabile un diritto del medico a curare (questa impostazione, infatti, confinerrebbe nell'area dell'irrilevanza la volontà del malato e, pertanto, non è sostenibile): infatti, una corretta e condivisibile interpretazione della questione ha portato a ritenere che, in virtù del combinato disposto delle norme costituzionali di riferimento, rappresentate dall'**art. 13 Cost.** (secondo il quale la libertà personale è inviolabile) e dall'**art. 32 Cost.** (che tutela il diritto alla salute stabilendo, fra l'altro, che nessuno può essere obbligato a subire trattamenti clinici se non in forza di di-

sposizione di legge), il medico può intervenire in relazione alla persona del paziente solo in caso di suo consenso coevo al trattamento sanitario, che sia immune da vizi e non contrario all'ordine pubblico, nonché rispettoso - fra l'altro - del divieto di atti di disposizione del proprio corpo stabilito dall'art. 5 c.c. quando questi atti cagionino una permanente diminuzione dell'integrità fisica (Cass. civ. 8 agosto 1985, n. 4394).

Tali principi, peraltro, sono rinvenibili anche nelle disposizioni di legge ordinaria presenti nell'ordinamento dello Stato: infatti, ad esempio, l'art. 1 della l. 13 maggio 1978, n. 180, in tema di *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, stabilisce che di regola i detti accertamenti e trattamenti sono applicati su base volontaria, salvo i casi espressamente previsti; ancora, importante è l'art. 33 della l. 23 dicembre 1978, n. 833, di *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, che in linea generale ribadisce proprio il carattere della volontarietà degli interventi medici e sanitari.

Ovviamente, però, il fine di questa interpretazione dei parametri ordinamentali, che rende il diritto al consenso informato un diritto fondamentale della persona (**Corte cost. 23 dicembre 2008, n. 438**) può essere davvero raggiunto e, dunque, l'autodeterminazione del paziente può essere in concreto salvaguardata, soltanto se - come ben stabilisce l'art. 5 della **Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, stipulata ad Oviedo il 4 aprile 1997**, e ratificata dall'Italia con la l. 28 marzo 2001, n. 145 - la persona interessata dal trattamento sanitario abbia offerto un consenso libero ed informato: infatti, è compito precipuo dell'ufficiale sanitario offrire al paziente un'informazione puntuale, chiara ed esaustiva circa la sua situazione clinica, nonché sui rischi e sugli effetti del trattamento sanitario proposto (**Cass. civ., sez. III, 24 settembre 1997, n. 9374**).

Quello del paziente, infatti, deve essere un consenso che sia stato liberamente espresso dopo aver ricevuto ogni e più ampia

informazione utile al maturarsi della decisione concernente il sottoporsi o il non sottoporsi ad una data attività sanitaria: solo questo consenso costituisce effettiva legittimazione di quella peculiare attività del sanitario, che può essere diagnostica o terapeutica a seconda dei casi.

Al di fuori delle singole ipotesi di legge, in cui è normativamente stabilita l'obbligatorietà dell'intervento, ed al di là delle situazioni in cui ricorre uno stato di necessità del paziente, **un trattamento sanitario non sorretto da questo tipo di consenso è illecito**, dovendosi riconoscere – nel contesto della libera facoltà di autodeterminazione della persona – un diritto in capo al malato anche di non sottostare ad una terapia, così come quello di interromperla anzitempo, senza che sul punto possano esservi per lui delle inammissibili costrizioni a subire trattamenti che non vuole (**Cass. civ., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21748**); infatti, la libertà personale, anche sotto il profilo dell'autodeterminazione personale, vanta una protezione tale che comporta sempre la necessità di garantire una libera e consapevole adesione a quanto proposto dal medico, così come – in alternativa – un altrettanto libero e consapevole rifiuto.

La violazione del dovere di informazione del paziente, e la conseguente mancata ricerca di un consenso compiutamente preceduto da corretta informazione, induce una responsabilità in capo al medico per lesione del menzionato diritto inviolabile e fondamentale dell'individuo: l'omissione del medico, quindi, impone una sua condanna in sede di giudizio risarcitorio innanzitutto quando, così facendo, abbia cagionato un aggravamento o comunque un mancato miglioramento della salute complessiva del proprio paziente, ma anche nelle ipotesi in cui questo aggravamento non sussista e, tuttavia, si sia comunque lesa la libertà decisionale della persona omettendo di riferire la possibilità di effetti collaterali connessi all'intervento effettuato (**Trib. Bologna 10 gennaio 2011**, in *Nuova giur. civ. comm.* 2011, 1000 ss.;

Cass. civ., sez. III, 26 settembre 2006, n. 20832) o quando l'intervento sia stato eseguito in modo perfetto e corretto secondo i protocolli applicabili, ma senza l'adesione volontaria del paziente che non versava in stato di urgenza o incoscienza (Cass. civ., sez. III, 28 luglio 2011, n. 16543): in tali casi, infatti, si ritengono violati diritti fondamentali a contenuto non patrimoniale inerenti la persona in quanto tale, con l'avvertenza però che il detto pregiudizio sarà risarcibile intanto solo se si attesta su una soglia di consistente gravità e serietà, non potendo essere considerati soggetti a refusione i danni cosiddetti bagatellari (Cass. civ., S. U., 11 novembre 2008, n. 26972), e purché si accerti che il paziente avrebbe rifiutato di sottoporsi all'intervento, ove fosse stato adeguatamente informato circa l'attività da compiersi e riguardo ai potenziali effetti rischiosi o pregiudizievoli da essa scaturenti: questi due aspetti ora menzionati costituiscono, infatti, specifico contenuto dell'onere della prova che in casi consimili grava sul malato che si ritiene leso (Cass. civ., sez. III, 27 novembre 2012, n. 20984; Cass. civ., sez. III, 28 luglio 2011, n. 16543).

Circa le caratteristiche di validità, è stato giustamente chiarito in giurisprudenza che il consenso del paziente, consapevole nel senso indicato e suscumbibile nel novero dei negozi giuridici, deve essere **personale** (non potendo provenire da terzi soggetti quando il malato sia persona maggiorenne, salva l'ipotesi dell'incapacità di intendere e di volere della persona portatrice di patologia), **specifico ed esplicito, reale ed effettivo** (non potendosi ritenere efficace un consenso soltanto presunto) e, se possibile, **attuale**, cioè prossimo nel tempo all'attività medica da compiersi (Cass. civ., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21748; Cass. civ., sez. III, 23 maggio 2001, n. 7027).

L'informazione esauriente del paziente, ed il consapevole consenso che ne derivano, devono poi sussistere in ogni fase del rapporto giuridico che si instaura col curante: infatti, informa-

zione e consenso devono procedere di pari passo, iniziandosi dalla **diagnosi** (essendo compito del sanitario informare il paziente sul suo reale stato di salute, spiegandogli, compatibilmente con le conoscenze non scientifiche di cui è portatore, la connotazione della sua patologia), proseguendo per la **proposta terapeutica** (essendo dovere specifico del medico illustrare le possibili risposte al male diagnosticato, sia di tipo farmacologico che chirurgico), e terminando con **l'applicazione della terapia** (in questa fase, infatti, il medico deve rappresentare al paziente le modalità di svolgimento della terapia stessa e le possibili conseguenze collaterali, che debbono essere oggetto di considerazione puntuale da parte della persona sottoposta alla sua azione): l'informazione, in tutte le fasi descritte, deve essere tale da rendere edotto chi ascolta di tutti i rischi prevedibili, anche se la loro possibilità di concreta verifica è minima, nonché se la possibilità che un rischio si concretizzi davvero è statisticamente classificabile come infrequente (**Cass. civ., sez. III, 11 dicembre 2013, n. 27751**) mentre può non estendersi ai rischi anormali ed anomali, sussumibili nel caso fortuito (**Cass. civ., sez. III, 15 gennaio 1997, n. 363; Cass. civ., sez. I, 25 novembre 1994, n. 10014**). Inoltre, consegue quanto affermato che il consenso prestato dal paziente è valevole solo per l'attività - diagnostica o terapeutica - che il medico gli ha paventato all'atto della ricerca del suo assenso: il consenso così prestato, difatti, non legittima lo svolgimento e l'esecuzione di pratiche diverse da quelle espone in quella sede (**Cass. civ., sez. III, 4 giugno 2013, n. 14024**). Il consenso informato deve essere ricercato anche quando il paziente è un medico, e dunque anche quando parenti stretti - come ad esempio i genitori del malato - professano l'arte medica: non è infatti ammissibile alcun consenso presunto mentre, semmai, *“a qualità del paziente potrà incidere sulle modalità di informazione che si sostanzia in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente con l'adozione di un linguaggio che tenga conto*

del suo particolare stato soggettivo e che, nel caso di paziente medico, potrà essere parametrata alle sue conoscenze scientifiche” (Cass. civ., sez. III, 27 novembre 2012, n. 20984).

Va da sé che il consenso informato, avente siffatte caratteristiche ed essendo funzionalizzato alla difesa della autodeterminazione individuale, una volta fornito può comunque essere **revocato in ogni momento**.

Non è prevista dalle fonti di riferimento alcuna forma particolare per la validità del consenso all'attività sanitaria: questa affermazione, sostanzialmente fatta propria dalla dottrina dominante, essenzialmente dipende dalla circostanza a tenore della quale l'ordinamento italiano ha fatto proprio il principio della libertà delle forme, quindi una veste particolare per la validità di un determinato atto giuridico deve essere prevista da norma puntuale e concreta potendosi, altrimenti, porre in essere quell'atto con qualunque forma possibile, ivi compresa quella orale: salvo dunque ipotesi particolari (esame clinico o terapia molto invasivi e pericolosi, donazione o ricezione di sangue, partecipazione alla sperimentazione farmacologica, trapianti di rene fra viventi, interruzione della gravidanza, rettificazione di sesso, procreazione medicalmente assistita) per le quali si rinvergono disposizioni che prevedono la forma scritta *ad substantiam*, si ritiene che debba essere la prudenza del medico a consigliare la redazione di un documento scritto attestante il consenso consapevole del paziente, al fine di facilitare la prova che egli deve rendere in ipotesi di azione intentata in suo danno.

La regola generale della ricerca del consenso del paziente previa sua completa informazione tollera comunque delle eccezioni, che sono – essenzialmente – sussumibili in due gruppi: del primo già si è fatto cenno, ed è quello composto dai casi in cui è la stessa legge a prevedere **trattamenti sanitari di tipo obbligatorio** (si pensi, ad esempio, alla somministrazione delle vaccinazioni necessarie); l'altra categoria di situazioni in cui può farsi a

meno del consenso informato è quello sintetizzato dal disposto dell'**art. 8 della citata Convenzione di Oviedo**, il quale stabilisce che *“allorquando in ragione di una situazione di urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente e senza indugio a qualsivoglia intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata”*. Della disposizione internazionale da ultimo citata ha fatto, ad esempio, applicazione **Cass. pen. 19 aprile 2013, n. 18185**.

Questo principio, ribadito anche dall'art. 35 del Codice di deontologia medica, trova ad esempio lineare applicazione anche nelle ipotesi in cui il paziente afferisca a confessioni religiose che proibiscono, mediante loro puntuali norme di natura etico-morale, alcune attività terapeutiche: in tali fattispecie, sussistendo la prova della oggettiva necessità di agire sopravvenuta nel corso di una attività chirurgica per la quale era stato prestato un consapevole consenso, viene pacificamente esonerato da ogni responsabilità il medico che – malgrado l'assenza di consenso – comunque pratica l'attività vietata dalle regole religiose (**Cass. civ., sez. III, 23 febbraio 2007, n. 4211**). Per questo, con la sentenza del **28 luglio 2011 n. 16543** la Corte di cassazione ha stabilito che *«il diritto al consenso informato, in quanto diritto irretrotrattabile della persona, va comunque e sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza, rinvenuti, a seguito di un intervento concordato e programmato e per il quale sia stato richiesto e sia stato ottenuto il consenso, che pongano in gravissimo pericolo la vita della persona, bene che riceve e si correda di una tutela primaria nella scala dei valori giuridici a fondamento dell'ordine giuridico e del vivere civile, o si tratti di trattamento sanitario obbligatorio»*. L'importanza del consenso informato è tale che di recente **Cass. civ., sez. III, 19 settembre 2014, n. 19731**, ha avuto modo di stabilire che sifatto consenso rappresenta un elemento essenziale e costitutivo del contratto che si stipula fra medico e paziente o comunque elemento indefettibile del rapporto giuridico che sussiste fra i

due soggetti in questione, poiché la valutazione dell'importanza del rischio cui si va incontro quando si decide di sottostare ad una pratica medica è un dato che deve essere oggetto di esclusiva valutazione personale e soggettiva del paziente, e non dei medici.

### **3. I portatori sani. La procreazione medicalmente assistita e la sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo**

La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo con la sentenza del 28.8.2012, divenuta definitiva in data 11.2.2013, ha accolto il ricorso - proposto da una coppia italiana, entrambi portatori sani di fibrosi cistica, alla quale era stato negato l'accesso alla tecnica di procreazione medicalmente assistita ai sensi dell'art. 4 della legge 40 del 2004 - ritenendo tale disposizione in palese violazione dell'art. 8 CEDU e denunciando segnatamente l'incoerenza di tale sistema normativo che da una parte vieta l'impianto di embrioni non affetti dalla malattia e dall'altro consente alla donna di interrompere la gravidanza in corso allorquando venga accertato che il feto è affetto dalla medesima patologia, ritenendo pertanto la sproporzione dell'ingerenza del diritto nazionale rispetto alla vita privata dei ricorrenti.

A seguito di tale considerevole sentenza, che impone al giudice nazionale di disapplicare le disposizioni normative nazionali in contrasto con quelle comunitarie (CEDU), si sono espresse alcune prime pronunce di merito (cfr. paragrafo precedente), su ricorsi instaurati prevalentemente in via d'urgenza ex art. 700 del codice di procedura civile.

Tali pronunce hanno dichiarato il diritto dei ricorrenti a sottoporsi al procedimento di procreazione medicalmente assistita con trasferimento in utero, previo esame clinico e diagnostico degli embrioni creati tramite fecondazione in vitro, solo

degli embrioni sani o portatori sani rispetto alla patologia di fibrosi cistica, mediante le metodologie previste dalla scienza medica e con crioconservazione degli embrioni malatte per l'effetto ordinando direttamente al Servizio sanitario nazionale o avvalendosi di altre strutture specializzate di eseguire i suddetti trattamenti. (in termini Tribunale di Roma sezione prima civile 23 settembre 2013).

### 3.1 Lo *screening* neonatale

Le malattie metaboliche ereditarie sono causate dalla mutazione in un gene che provoca una alterata o mancata produzione di un enzima, con conseguente alterazione, o assenza totale, dell'attività enzimatica. Quando un enzima non funziona, una specifica reazione chimica metabolica non può avvenire; ciò determina il blocco di una serie di reazioni essenziali per il funzionamento delle cellule, di uno o più organi, e quindi di tutto l'organismo. Sono in molti casi malattie rare e colpiscono i bambini nei primi anni di vita, ma possono esordire anche in età giovanile o adulta, possono avere forme gravi e progressivamente invalidanti che, se non riconosciute in tempo utile, possono provocare gravi handicap fisici e mentali. Attraverso attività di **screening** effettuate al momento della nascita, è possibile identificare alcune malattie prima che queste si manifestino clinicamente così da limitare danni irreparabili.

In Italia, l'articolo 6 della legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104, ha introdotto lo **screening neonatale** per tre malattie: ipotiroidismo congenito, **fibrosi cistica** e fenilchetonuria.

Gli screening metabolici obbligatori sono stati poi regolamentati dal D.P.C.M. 9 luglio 1999 - Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano in materia di accertamenti utili alla diagnosi precoce delle

malformazioni e di obbligatorietà del controllo per l'individuazione ed il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica. Successivamente, con l'approvazione della legge 21 marzo 2005, n. 55 - Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica, è stato istituito presso l'Istituto superiore di sanità l'Osservatorio nazionale per il monitoraggio della iodoprofilassi in Italia - OSNAMI, che prevede una serie di misure destinate a promuovere il consumo di sale arricchito di iodio su tutto il territorio nazionale. Riguardo invece la fibrosi cistica è seguita la ricordata legge n. 548 del 23 dicembre 1993 - Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica.

Le attività di prevenzione secondaria o di screening hanno determinato un impatto rilevante sulla salute della popolazione nell'ambito delle malattie rare.

Per avere un'idea dei possibili vantaggi degli screening neonatali, si può fare riferimento allo screening per l'ipotiroidismo congenito (IC) i cui esiti invalidanti, tempo fa piuttosto diffusi, rappresentano oggi un'evidenza poco comune. Dalla fine degli anni novanta l'introduzione di nuove metodiche analitiche (spettrometria di massa tandem) ha suggerito di riconsiderare il numero delle malattie metaboliche ereditarie da proporre per lo screening neonatale obbligatorio. La spettrometria di massa tandem permette di effettuare con elevata sensibilità e specificità analisi su circa 40 malattie metaboliche ereditarie, in tempi molto limitati (pochi minuti) e a partire da un'unica goccia di sangue. Per molte delle patologie identificabili (aminoacidopatie, disturbi del ciclo dell'urea, acidurie organiche e difetti della beta ossidazione) una diagnosi appropriata e tempestiva è in grado di contenere gli esiti fortemente invalidanti.

Secondo la definizione dell'OMS il test di screening individua una persona apparentemente sana che probabilmente ha una malattia tra quelle che non l'hanno. Un test di screening

non ha il significato di un test diagnostico: le persone con un rilievo positivo o di sospetto devono essere inviate al medico per la diagnosi e la necessaria terapia. Il test deve consistere in una prova sicura, valida e poco costosa (soprattutto quando va effettuata su un gran numero di persone) e deve anche avere un alto livello di sensibilità e specificità; richiede, oltretutto, anche un'attenta analisi del rapporto costo/beneficio del programma.

Un delicato punto della questione screening allargati riguarda l'opportunità di ottenere un pieno consenso informato da parte dei genitori prima della nascita del neonato, cioè prima di effettuare il test, così come avviene per i test genetici; è pertanto basilare sottolineare che effettuare lo screening non è sufficiente a salvare la vita ed a prevenire l'eventuale handicap connesso alla patologia.

La disponibilità di laboratori, di metodiche e di personale idoneo, formato e specializzato, in grado di fornire una diagnosi corretta ed un adeguato follow-up, rappresenta il passo necessario e successivo del processo in questione e sarebbe fondamentale che non ne rappresentasse invece il punto critico. Ciò significa che, una volta accertata la positività del soggetto allo screening ed eseguiti i test enzimatici e/o molecolari utili a confermare la diagnosi, dovrebbe realizzarsi l'accesso incondizionato alle terapie disponibili ed una effettiva presa in carico della persona.

In conclusione, ci si attenderebbe un evidente beneficio dallo screening neonatale allargato, metabolico e genetico, inteso come potenziale chiave della prevenzione dell'handicap, a breve e a lungo termine, vista la possibilità che le conoscenze nel tempo possano aumentare, così come anche le possibilità di cura, fattori che avrebbero un innegabile valore per la salute del singolo, per il benessere delle famiglie coinvolte e per la società. Resta evidente però che, per rendere obbligatorio ed efficace la tipologia di screening in questione, bisognerebbe che fossero soddisfatti tutti i criteri sopra elencati.

Al momento nel nostro Paese solo la regione Toscana, dal novembre 2004, con una delibera regionale ha introdotto, grazie all'acquisto di una macchina di spettrometria di massa nell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, l'obbligatorietà dello screening neonatale allargato, successivamente esteso con l'acquisto di altri due macchinari a tutti i neonati toscani.

Il Rapporto tecnico sui programmi di screening neonatale in Italia - anno 2009 presentato, nel novembre 2010 alla annuale Conferenza Nazionale sui Programmi di Screening Neonatale in Italia, riporta che i centri di Firenze, Genova, Napoli, Padova e Roma hanno proseguito i relativi programmi di screening esteso; si sono aggiunti nel 2009 il centro di Verona e quello di Palermo.

Si sottolinea l'incidenza complessiva delle patologie metaboliche, pur se su dati parziali, 1:3087 nati vivi, con esclusione delle iperfenilalaninemie (HPA, gruppo di malattie metaboliche ereditarie, di cui fa parte la fenilchetonuria) i cui dati sono riportati in una apposita sezione, confermando il dato dell'anno precedente - 1:3037. Una proiezione sulla totalità dei nati italiani di questa incidenza indicherebbe circa 170 neonati per anno affetti da patologia metabolica diversa da HPA in Italia.

Il Ministero della salute (CCM) ha finanziato nel 2010 il progetto: «Costruzione di percorsi diagnostico-assistenziali per le malattie oggetto di screening neonatale allargato» in collaborazione con l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. Al momento mancano a livello nazionale linee di indirizzo che stabiliscano percorsi assistenziali e requisiti essenziali per l'attività degli operatori coinvolti nella presa in carico e nel trattamento dei soggetti affetti dalle malattie oggetto dello screening allargato, sul modello dei consolidati percorsi diagnostico-assistenziali già esistenti per le malattie oggetto dello screening neonatale "tradizionale". Il progetto propone la costruzione di una rete assistenziale integrata per i bambini con malattie metaboliche dia-

gnosticate attraverso screening neonatale allargato. In particolare, verrà avviata la creazione di percorsi assistenziali (*clinical pathways*) differenziati, specifici per ciascuna delle patologie diagnosticabili attraverso lo screening neonatale allargato e sarà promossa l'individuazione nel territorio regionale dei centri clinici di riferimento. Infine, il progetto intende realizzare un network informatico che consenta il flusso di dati in tempo reale fra centro screening, centro clinico, pediatra di base, Azienda sanitaria locale e Osservatorio epidemiologico regionale.

Posto ciò, la giurisprudenza si qualifica soprattutto in tema di responsabilità della struttura sanitaria per omesso **screening** neonatale da parte dei medici.

### **3.2. In caso di rifiuto del Centro di procreazione medicalmente assistita di eseguire la prestazione?**

In caso di rifiuto opposto al Centro di procreazione medicalmente assistita di eseguire la prestazione della diagnosi preimpianto, in quanto si dichiara sprovvisto di attrezzature e risorse umane adeguate, i Giudici hanno altresì disposto che la prestazione della diagnosi embrionaria vada comunque eseguita, se non in via diretta, in via indiretta mediante il ricorso ad altre strutture sanitarie. Infatti «accertato il diritto alla prestazione medica, qualora la struttura dovesse trovarsi nell'impossibilità di erogarla tempestivamente in forma diretta, deve ritenersi che tale prestazione possa essere erogata in forma indiretta, mediante il ricorso ad altre strutture sanitarie» (cfr. legge n. 595/1985, art. 3).

In altre parole Trib. Cagliari 9 novembre 2012 ha affermato oltre al diritto alla *libertà negativa*, (*libertà da*), libertà dalle ingerenze dello stato nelle scelte individuali in materia sanitaria, il diritto alla *libertà positiva*, (*libertà di*), libertà di essere messi in grado dallo stato di potere esercitare effettivamente sul proprio

corpo, e su quanto a questo si può connettere, le proprie scelte, libertà effettiva di poter richiedere l'effettuazione della diagnosi preimpianto, mettendo in condizione i soggetti che lo richiedono di poter accedere effettivamente alla prestazione diagnostica. Si tratta dell'affermazione di *un diritto* non solo sul piano formale, ma anche sul piano sostanziale, sul piano dell'effettiva possibilità di potere avvalersene; e si tratta di un'affermazione rilevante, anche perché in materia di diritto alla diagnosi preimpianto è la prima volta che un organo giurisdizionale la pone in essere.

L'importanza della diagnosi preimpianto, come aspetto del cosiddetto diritto alla procreazione cosciente e responsabile, il quale viene vieppiù riconosciuto come forma di manifestazione della libertà personale, è confermata anche da una linea giurisprudenziale che sottolinea l'importanza del consenso informato della madre rispetto al trattamento degli embrioni formati. Stabilisce infatti sempre Trib. Cagliari 9 novembre 2012: "Premesso che la procreazione medicalmente assistita costituisce un trattamento medico, la coppia ha diritto a ricevere una completa informativa funzionale ad una procreazione libera e consapevole e la diagnosi preimpianto ha come scopo proprio quello di consentire alla donna una decisione informata e consapevole in ordine al trasferimento degli embrioni formati ovvero al rifiuto di detto trasferimento. Nell'ambito di tale prospettiva, la diagnosi preimpianto dovrà accertare le condizioni di salute dell'embrione che siano legate da uno stretto nesso eziologico con l'integrità psicofisica della donna.

Pertanto l'Azienda sanitaria locale deve eseguire, nell'ambito dell'intervento di procreazione medicalmente assistita, l'esame clinico e diagnostico sugli embrioni e trasferire in utero, qualora richiesto dalla donna, solo gli embrioni sani o portatori sani delle patologie da cui i genitori risultino affetti, mediante le metodologie previste in base alla scienza medica e con crioconservazione degli ulteriori embrioni; qualora la struttura sanitaria

pubblica dovesse trovarsi nell'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria tempestivamente in forma diretta, tale prestazione deve essere erogata in forma indiretta, mediante il ricorso ad altre strutture sanitarie.

#### **4. Che responsabilità caratterizza la struttura sanitaria in caso di errore negli accertamenti ante parto?**

La responsabilità sanitaria per omessa diagnosi di malformazioni fetali e conseguente nascita indesiderata è fonte da diverso tempo di discussioni e *revirement* giurisprudenziali, soprattutto con riferimento alla platea dei soggetti danneggiati dalla condotta colposa del medico. Il dibattito in questione, necessariamente, interessa anche il peculiare tema della responsabilità del medico e della struttura sanitaria nelle ipotesi in cui presso l'ente nosocomiale si erri nel porre in essere le attività di *screening* prenatale, non individuando una particolare e grave patologia della quale il nascituro è portatore e dunque, in conseguenza, omettendo di avvisare i genitori della sussistenza di un problema così grave i quali, per l'effetto, da un lato sono posti nell'impossibilità di prepararsi, psicologicamente ed umoralmente, alla triste evenienza consistente nella nascita di un bambino non sano e dall'altro, come si vedrà nello specifico, non sono posti nella condizione di valutare se interrompere o meno la gravidanza.

In via preliminare, può comunque dirsi che ormai da qualche anno la giurisprudenza considera la responsabilità della struttura sanitaria come forma di responsabilità contrattuale: si ritiene infatti che all'atto dell'ingresso della persona nella struttura ospedaliera - pubblica, privata o convenzionata con il S. S. N. - la persona stessa stipuli con l'ente un contratto cosiddetto "di ospedalità", il quale, per quanto concerne il suo contenuto ed

il suo oggetto, a fronte della prestazione del soggetto che chiede l'intervento medico (e che consiste nel pagamento di un corrispettivo, versato dalla persona stessa in toto, oppure in parte in ipotesi di *ticket* sanitario) pone in capo all'ospedale l'obbligo di porre in essere una articolata prestazione, la quale, da un lato, ha una connotazione in senso lato alberghiera (poiché l'ente sanitario deve garantire al paziente una struttura confortevole, l'alloggio per tutta la durata del ricovero, eventualmente il vitto, la custodia dei propri beni, la vigilanza sulla propria persona) e, dall'altro, ha una marcata caratterizzazione professionale (dovendosi garantire, al malato, la presenza di personale medico e paramedico qualificato e correttamente formato, in grado di affrontare e gestire la patologia o in senso lato l'interesse di cui il paziente è portatore, in modo da individuare i segni patologici con opportune manovre diagnostiche e poi proporre il trattamento secondo i protocolli scientifici di riferimento).

Venendo ora all'ipotesi che più interessa in questa sede, ovvero l'errore del medico che non si avvede della sussistenza, nell'organismo del nascituro, di una gravissima patologia, si ritiene comunemente che il fondamento di tale ipotesi di responsabilità *medica* risiede nella lesione della facoltà della madre di decidere di interrompere la gravidanza nei casi previsti dalla legge 194/78 (dopo i primi novanta giorni, e solo se la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna).

Nello specifico, la Corte di cassazione ha statuito che «in tema di responsabilità del medico per omessa diagnosi di malformazioni del feto e conseguente nascita indesiderata, l'inadempimento del medico rileva in quanto impedisce alla donna di compiere la scelta di interrompere la gravidanza. Infatti la legge, in presenza di determinati presupposti, consente alla donna di evitare il pregiudizio

che da quella condizione del figlio deriverebbe al proprio stato di salute e rende corrispondente a regolarità causale che la gestante interrompa la gravidanza se informata di gravi malformazioni del feto». In questi casi, però, è onere di chi si ritiene leso nel proprio diritto dimostrare che, qualora avesse avuto piena informazione circa la sussistenza di una grave patologia fetale, avrebbe certamente esercitato la facoltà di interruzione volontaria della gravidanza prevista dalla legge: la prova in questi casi può darsi in via presuntiva **Cass. civ., sez. III, 13 luglio 2011, n. 15386**) e, dunque, la prova della possibilità legale di ricorrere all'aborto deve ritenersi sussistente quando, sulla base di dati di comune esperienza evincibili dall'osservazione dei fenomeni sociali possa affermarsi che se la madre fosse stata informata delle malformazioni del feto sarebbe insorto uno stato depressivo suscettibile di essere qualificato come grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna, anche solo sulla base del criterio del più probabile che non (**Cass. civ., sez. III, 10 novembre 2010, n. 22837**).

#### **4.1 Il padre è legittimato a chiedere il risarcimento?**

Da alcuni anni i Giudici di legittimità hanno esteso la tutela risarcitoria al padre, ritenendo che il negozio intercorrente tra la madre e il medico sia configurabile come contratto con effetti protettivi nei confronti del terzo (cfr. Cass. n. 6735/02; Cass. n. 14488/04 e, recentemente, Cass. n. 2354/10).

Ora, con la recente pronuncia n. 16754/12, la Suprema Corte ha ampliato ulteriormente la platea dei soggetti danneggiati nel caso di omessa diagnosi di malformazioni fetali, ricomprendendovi lo stesso neonato, nonché i suoi fratelli.

Per quanto riguarda quest'ultimi, la qualifica di danneggiati consegue alle stesse considerazioni che hanno portato a riconoscere il risarcimento del danno a favore del padre.

Infatti, non sembra potersi revocare in dubbio la circostanza per cui gli stessi rientrano a pieno titolo tra i soggetti protetti dal rapporto intercorrente tra il medico e la gestante, nei cui confronti la prestazione è dovuta.

Il pregiudizio subito è stato efficacemente sintetizzato dalla Suprema Corte nella sentenza da ultimo citata: «(...) Danno intanto consistente, tra l'altro (come meglio si avrà modo di specificare di qui a breve, esaminando la posizione di M. O.) nella inevitabile, minor disponibilità dei genitori nei loro confronti, in ragione del maggior tempo necessariamente dedicato al figlio affetto da handicap, nonché nella diminuita possibilità di godere di un rapporto parentale con i genitori stessi costantemente caratterizzato da serenità e distensione».

Ben diverso è invece il discorso per quanto concerne il neonato.

Mentre, infatti, considerazioni di tipo extragiuridico e prima ancora, di logica materiale, spingerebbero nella direzione della configurabilità di un danno a carico dello stesso (appare, infatti, illogico che il soggetto colpito da un evento illecito non subisca alcun danno, mentre i membri della famiglia sì), in giurisprudenza si è spesso sostenuta la tesi opposta, basata sull'inesistenza del cd. "diritto a non nascere se non sano". Tuttavia, in una materia ancora in evoluzione e nel panorama giurisprudenziale variegato che ci si trova ad affrontare, non mancano prese di posizione di segno opposto, le quali – valorizzando il diritto a nascere sano e l'obbligazione alla informazione del paziente funzionale alla ricerca del suo consenso di cui si è parlato *supra* – hanno ammesso la risarcibilità di danni subiti dal neonato affetto da grave patologia non correttamente diagnosticata dal medico chiamato a svolgere accertamenti diagnostici sulla madre durante la fase di gestazione. In questo caso infatti il Collegio, censurando la condotta professionale del sanitario che ha male eseguito l'accertamento richiestogli, non avvedendosi della patolo-

gia fetale e non avvisandone la genitrice, da un lato ha impedito alla madre stessa di utilizzare la facoltà riconosciutagli dalla legge di interrompere la gravidanza qualora la patologia riscontrata nel feto avesse potuto anche determinare un grave pregiudizio per la sua salute psichica e, dall'altro, lede con la sua condotta gravemente colposa, il diritto alla salute del nascituro, che viene in essere come vero e proprio diritto al momento della nascita.

#### 4.2. Quale sorte per i danni subiti dal neonato?

Con la sentenza 2 ottobre 2012, n. 16754, infatti, Giudici di legittimità hanno, per la prima volta, ritenuto fondata anche la domanda di risarcimento dei danni subiti *iure proprio* dal neonato.

Il ragionamento della Corte muove da un diverso punto di vista rispetto al passato, così da superare l'*impasse* determinata dall'inesistenza del cd. "diritto a non nascere se non sano":

«Il vulnus lamentato da parte del minore malformato, difatti, non è la malformazione in sé considerata – non è, in altri termini, l'infermità intesa in senso naturalistico (o secondo i dettami della scienza medica), bensì lo stato funzionale di infermità, la condizione evolutiva della vita handicappata intesa come proiezione dinamica dell'esistenza che non è semplice somma algebrica della vita e dell'handicap, ma sintesi di vita ed handicap, sintesi generatrice di una vita handicappata».

«La legittimità dell'istanza risarcitoria *iure proprio* del minore deriva, pertanto, da una omissione colpevole cui consegue non il danno della sua esistenza, né quello della malformazione di sé sola considerata, ma la sua stessa esistenza diversamente abile, che discende a sua volta dalla possibilità legale dell'aborto riconosciuta alla madre in una relazione con il feto non di rappresentante-rappresentato, ma di includente-incluso».

Non c'è, quindi, più differenza, a parere della Corte, tra la fattispecie dell'errore medico che non abbia evitato l'handicap evitabile, ovvero che tale handicap abbia cagionato, e l'errore medico che non ha evitato (o ha concorso a non evitare) la nascita malformata (evitabile in conseguenza della facoltà di scelta della gestante derivante da una espressa disposizione di legge). Ciò che viene dunque in questione, in questo provvedimento giurisdizionale, non è più il dibattito circa la sussistenza o meno di un diritto a non nascere se non sano del concepito, ma la condivisibile presa di coscienza del fatto che ad essere leso è il diritto alla salute del soggetto ormai nato, il quale potrà chiedere la refusione della lesione perpetrata a questa sua situazione primaria sulla base di condotte subite nel periodo della gestazione e poste in essere dai medici che della medesima gestazione si sono interessati, incorrendo in errore diagnostico o terapeutico, purché fra siffatta cattiva esecuzione degli obblighi professionali e il pregiudizio riscontrabile circa la salute della persona ormai nata sia riscontrabile un nesso causale. A tal riguardo, proprio con riferimento ad ipotesi di responsabilità medica, **Cass. SS. UU. 11 gennaio 2008, n. 581**, ha affermato che compito del giudice che è chiamato ad occuparsi di un caso di errore sanitario e di verificare se l'evento sia ricollegabile all'omissione delle dovute accortezze del medico, così verificando se esso non si sarebbe verificato qualora l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "contro fattuale" che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato (in sostanza, se sostituendo la condotta nel concreto tenuta dal medico con quella che era da lui legittimo attendersi secondo i paradigmi protocollari della scienza di riferimento si ottiene che il danno non si sarebbe verificato, si ottiene logicamente che vi è sussistenza di rapporto di causalità fra

l'errore professionale e la lesione lamentata). Si deve quindi ritenere che i principi generali che regolano la causalità di fatto sono anche in materia civile quelli delineati dagli artt. 40 e 41 c.p e dalla "regolarità causale", in assenza di altre norme nell'ordinamento in tema di nesso eziologico ed integrando essi principi di tipo logico e conformi a massime di esperienza. Però, mentre per sostenere l'esistenza del rapporto causale ai fini della affermazione della responsabilità penale del medico deve arriversi alla conclusione per cui questa regolarità causale sopra descritta è certamente sussistente, nell'ambito della responsabilità civile la soglia oltre la quale scatta il giudizio di riprovevolezza dell'ordinamento è molto più bassa, essendo bastevole che il giudizio contro fattuale conduca ad una conclusione secondo la quale è "più probabile che non" che dalla condotta medica sia scaturito causalmente l'evento di danno (**Cass. civ. 14 febbraio 2012, n. 2085**).

Nel caso di specie era emerso, nel corso del giudizio, che la paziente si era rivolta al medico, chiedendo espressamente di essere sottoposta a tutti gli accertamenti necessari ad escludere malformazioni del feto, ritenendo tale circostanza quale condizione imprescindibile per la prosecuzione della gravidanza.

Il medico, invece, aveva fatto eseguire alla gestante il solo "Tritest", omettendo di prescrivere accertamenti più specifici al fine di escludere alterazioni cromosomiche del feto.

Tale test non era però ritenuto sufficiente, dato l'altissimo margine di errore cui era sottoposto (pari al 40% dei cd. "falsi negativi"), così da essere considerato più che un vero e proprio esame diagnostico, un mero screening del tutto generico quanto alle probabilità di malformazione fetale.

In conclusione, la Suprema Corte ha inquadrato la risarcibilità del pregiudizio subito dal neonato all'interno della categoria dei danni futuri, di quei danni, cioè, che al tempo della consumazione della condotta illecita non si sono ancora prodotti, pur in presenza di elementi presuntivi idonei a ritenere che il pre-

giudizio si verificherà (in argomento Cass. 4 febbraio 1992, n. 1147).

### **4.3. Su chi grava l'onere della prova in caso di azione giudiziaria per il risarcimento dei danni?**

Con la sentenza (Cass., 22.3.2013, n. 7269) la Corte è invece intervenuta sul problema dell'onere della prova del danno, stabilendo che esso ricada su chi ne invoca il risarcimento, secondo i principi generali. L'affermazione non deve sembrare scontata o banale, perché in precedenza il giudice di legittimità, pur formalmente prestando ossequio al principio secondo cui l'onere della prova del danno grava su colui che ne pretende il risarcimento, l'aveva di fatto fortemente ridimensionato, attraverso un generoso ricorso alla prova presuntiva. Così, ad esempio, si era giunti ad affermare che dal fatto noto che le malformazioni del concepito fossero di una certa gravità, il giudice potesse risalire ex art. 2727 c.c. al fatto ignorato che, se la gestante le avesse tempestivamente conosciute, avrebbe interrotto la gravidanza; allo stesso modo, si era pure sostenuto che dal fatto noto che la gestante avesse scelto di sottoporsi ad un esame diagnostico prenatale finalizzato a conoscere eventuali malformazioni del feto, il giudice potesse risalire al fatto ignorato che quella gestante, nel caso di positività della diagnosi di malformazioni, non avrebbe condotto a termine la gestazione.

In direzione opposta, la sentenza 7269/2013, quindi, rende più rigoroso l'accertamento della responsabilità del medico per omessa diagnosi prenatale, e di conseguenza ne restringe l'area: un risultato quest'ultimo, di cui non si può non rilevare la tendenziale antitetività rispetto alla sentenza n. 16754/2012. In ogni caso, il formante giurisprudenziale maggioritario ritiene che - trattandosi comunque di una responsabilità contrattuale del

medico e della struttura – colui che agisce in giudizio deve provare la fonte del proprio diritto (ovvero, la fonte del rapporto contrattuale instauratosi coi soggetti attivi in ambito sanitario) ed allegare un inadempimento delle obbligazioni caratterizzanti il rapporto convenzionale che sia astrattamente efficiente alla causazione del danno di cui si chiede il ristoro: occorre, sul punto, tener presente come sarà poi il medico a dover dimostrare, per andare esente da responsabilità, o di aver correttamente adempiuto la prestazione, o di non averlo potuto fare per cause eccezionali non imputabili alla sua persona, oppure che l'inadempimento c'è stato, ma non ha avuto rilevanza causale in merito alla determinazione del danno lamentato dalle sue controparti.

## **5. Il riconoscimento di stato di invalido civile**

L'invalidità civile rientra nel più vasto ambito dell'assistenza pubblica, che trova il suo fondamento nel principio della solidarietà sociale sancito dall'art. 2 della Costituzione e che comporta l'assunzione a carico della comunità, con carattere di doverosità, degli oneri assistenziali.

Inoltre, l'art. 38 della nostra Costituzione stabilisce che ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale mentre il comma terzo dispone che gli inabili al lavoro e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Di conseguenza nel nostro ordinamento la tutela di chi versa in condizioni di bisogno – come i soggetti affetti da fibrosi cistica – viene resa destinataria di una garanzia di ordine costituzionale e riconosciuta come una esigenza solidaristica: ovvero un'esigenza che trascende l'interesse del singolo e coinvolge tutta la collettività, e trova realizzazione attraverso il riconoscimento

in capo a ciascun interessato di uno specifico diritto soggettivo a prestazioni specifiche (c.d. diritto pretensivo)<sup>3</sup>.

Tra dette tutele, a titolo universalistico, ci sono le provvidenze a favore degli invalidi civili; l'invalidità che dà diritto ai benefici assistenziali deve essere dovuta a patologie fisiche e/o psichiche e sensoriali congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, o intervenute nel corso della vita che determinano un danno ed una conseguente riduzione permanente della capacità lavorativa generica, per tale intendendosi la capacità di esercitare proficuamente un lavoro che impegna una persona umana nelle sue componenti psico-fisiche e nella sua dignità, o se minori di 18 anni, abbiano difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della loro età.

## 5.1. Considerazioni generali

La nozione di invalido civile è fornita dall'art. 2 della legge n. 118 del 1971 ( dall'art. 6 del d.lgs. 509/88 e dall'art. 5 della legge 124/98) ai sensi del quale *«si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite e acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie, di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età»*.

In linea generale l'invalidità civile viene definita in termini di valutazione percentuale secondo quanto previsto da apposite tabelle (legge n. 118 del 1971) e nel caso in cui l'interessato sia maggiorenne viene inoltre indicata la percentuale di invalidità

---

<sup>3</sup> Così M. CINELLI, *Diritto della previdenza sociale*, Torino 2010, p. 37.

per i maggiori di quindici anni ai fini dell'iscrizione alle liste speciali di collocamento ai sensi della Legge 68/1999 che ha dettato norme per il diritto al lavoro dei disabili.

In relazione al grado di invalidità, determinato delle predette minorazioni, si possono avere invalidi totali o parziali.

Ai soli fini dell'assistenza sociosanitaria e della concessione **dell'indennità di accompagnamento** (ex art. 6 d.lgs. del 23 novembre 1988 n. 509) si considerano mutilati e invalidi civili i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Inoltre nel caso in cui il soggetto minorato sia un lavoratore dipendente da aziende private, l'eventuale condizione di invalidità o inabilità sopravvenuta dopo l'insorgenza del rapporto assicurativo, è di competenza dell'INPS, anche se l'insorgenza della condizione invalidante sia indipendente dall'occupazione.

Nella disciplina introdotta dalla Legge n. 222 del 1984 (*Revisione della disciplina della invalidità pensionabile*) viene distinta, innanzitutto, l'**invalidità** dall'**inabilità**, considerato che a tale distinzione, si riconnette il diritto a due prestazioni, diverse per entità e regime.

Per poter usufruire dei benefici previsti per i soggetti invalidi, è necessario che sia accertato lo stato di invalidità e determinata la sua misura da parte della Commissione medica all'uopo preposta. Quest'ultima, infatti, valutato lo stato di salute del soggetto istante, ove ne ricorrano i presupposti, dichiara, con proprio verbale, l'eventuale avvenuto riconoscimento indicando, anche, la percentuale di invalidità che viene attribuita. Detto verbale costituisce l'atto formale in forza del quale le amministrazioni che ne sono tenute provvedono all'attribuzione dei benefici cui il richiedente ha diritto in relazione alla percentuale di invalidità riconosciuta.

Con specifico riferimento alle tabelle ministeriali delle percentuali di invalidità la percentuali “fisse” stabilite per la Fibrosi cistica sono:

- cod. 6406 - 80 % per “bronchiectasia congenita associata a mucoviscidosi” (cod. 6406)
- cod. 6430 - 100 % per “fibrosi cistica del pancreas con pneumopatia cronica” (cod. 6430).

È da ricordare che percentuali di invalidità, indicate nella tabella ministeriale - in misura fissa ovvero con individuazione di fascia - possono essere ridotte o aumentate dalle competenti commissioni fino a cinque punti percentuali, rispetto ai valori fissi indicati, con riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, alla eventuale specifica attività lavorativa svolta ed alla formazione tecnico-professionale del medesimo. Le competenti commissioni in ogni caso determinano le potenzialità lavorative del soggetto.

## **5.2. Contributo tecnico elaborato in sede condivisa con LIFC (Lega Italiano Fibrosi Cistica) e SIFC (Società Italiana Fibrosi Cistica) - c.d. contributo tecnico scientifico.**

L'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) in data 10 aprile 2015 ha accolto un documento tecnico elaborato in sede condivisa tra LIFC (Lega Italiano Fibrosi Cistica) e SIFC (Società Italiana Fibrosi Cistica) finalizzato a promuovere un'appropriate conoscenza delle problematiche cliniche e sociali determinate dalla Fibrosi Cistica. Tale documento (che è allegato al presente contributo), su volontà dell'Inps, costituisce ora il documento c.d. “**contributo tecnico-scientifico**”.

È importante evidenziare come tale documento abbia rilevanza ai fini della valutazione degli stati invalidanti, si precisa pertanto che: “*la valutazione medico legale dei pazienti con Fibrosi*

*Cistica, a prescindere dall'età e dalla variante genetica della patologia, non può risolversi in un mero calcolo algebrico basato sul solo apprezzamento, per quanto corretto e completo, dei parametri morfologici (peso, altezza) funzionali (PFR) e strumentali (Rx, Tc, etc..)*".

Inoltre secondo tale comunicazione: "occorrerà tener conto dell'inevitabile compromissione globale della qualità di vita e delle ripercussioni psico-relazionali che la malattia comporta anche quando il paziente risulti all'esame clinico in condizioni apparenti del tutto simili a quelle dei propri coetanei e l'anamnesi induca a pensare ad una sufficiente performance scolastica o lavorativa".

Infine, nelle valutazioni di un individuo adulto, le previsioni tabellari sopra richiamate, "risulterebbero infatti correttamente applicabile solo nei casi di mucoviscidosi con bronchiectasie presenti già alla nascita, mentre di regola le bronchiectasie, pur nel quadro di una patologia geneticamente determinata, si sviluppano nel paziente con Fibrosi Cistica solo successivamente, per in noti meccanismi ostruttivi ed infiammatori", pertanto "nel paziente con Fibrosi Cistica polmonare il mantenimento di accettabili parametri di funzionalità respiratoria è pur sempre il risultato di un impegno terapeutico, preventivo e riabilitativo quotidiano che di per sé stesso incide pesantemente sulla capacità lavorativa". Su tale presupposto si ritiene che, anche in presenza di interessamento polmonare esclusivo, al pari di quanto previsto in forza del cod. 6430: fibrosi cistica del pancreas con pneumopatia cronica: 100%, debba riconoscersi una condizione di totale invalidità nella misura del 100%.

### **5.3. La domanda e l'accertamento**

#### *5.3.1. Il procedimento amministrativo*

La concessione delle prestazioni di invalidità civile richiede l'accertamento dei presupposti e la verifica dell'esistenza di par-

ticolari requisiti amministrativi c.d. socio economici, diversi a seconda delle singole prestazioni.

Pertanto il procedimento amministrativo relativo all'invalidità civile consta di due sub procedimenti:

1. il primo, tendente all'accertamento del presupposto medico-legale;

2. il secondo, eventuale, inerente l'accertamento degli ulteriori requisiti, socio-economici, necessari per l'attribuzione del beneficio assistenziale. Tale accertamento viene generalmente effettuato all'Amministrazione che sarà tenuta all'attribuzione del beneficio medesimo.

### *5.3.2. La domanda e l'accertamento*

Per le prestazioni correlate all'invalidità civile è necessario che venga presentata apposita domanda amministrativa. La domanda si propone per via telematica su apposito modello predisposto dall'INPS con il quale viene richiesto il riconoscimento dello *status* ai fini della successiva attribuzione dei benefici che la legge assegna agli invalidi in relazione alla percentuale di invalidità/inabilità che verrà riconosciuta, l'obiettivo è quello di garantire la trasparenza del procedimento.

Per effetto dell'art. 20 del d.l. 1 luglio 2009 n. 78 convertito con modificazioni in legge 3 agosto 2009 n. 102, ( c.d. contrasto alle frodi in materia di invalidità civile) si è previsto che dal 1 gennaio 2010, ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, sordità civile, handicap e disabilità le Commissioni mediche delle aziende sanitarie sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo. In ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS. Allo stesso Istituto è stata attribuita la competenza in materia di verifica della permanenza dei requisiti medico-legali in capo ai «titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità».

L'INPS, dopo aver ricevuto le domande, trasmette, in tempo reale e sempre per via telematica, le stesse istanze alle Aziende Sanitarie Locali.

La documentazione sanitaria presentata all'atto della visita da parte del cittadino viene acquisita agli atti dalla ASL e potrà essere richiesta dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'Inps in caso di necessità.

Per le domande di disabilità la Commissione medica integrata redige una relazione in cui è formulata la diagnosi funzionale sulle capacità lavorative del richiedente per il collocamento mirato. La relazione, dopo il giudizio definitivo da parte dell'Inps, deve essere trasmessa alla Commissione Provinciale per le Politiche del Lavoro.

Tutti i verbali definiti devono essere stampati in duplice copia e firmati in originale da parte dei componenti la Commissione Integrata e devono essere conservati agli atti dalla ASL e dall'Inps.

A conclusione della seduta, inoltre, ciascuna Commissione dovrà stampare un verbale riepilogativo delle visite effettuate con i relativi esiti, indicando la formulazione unanime o a maggioranza del giudizio finale.

Tale verbale di seduta dovrà essere sottoscritto da tutti i componenti della Commissione e conservato agli atti della ASL e dell'Inps.

#### **5.4. L'INPS può controllare i giudizi espressi dalla Commissione invalidi ASP?**

Come sopra accennato la Commissione di accertamento dell'Azienda Sanitaria (ASP) è integrata da un medico INPS al fine di evitare il passaggio dei verbali (qualora siano stati approvati all'unanimità) alla commissione di verifica, evitando così

inutili lungaggini burocratiche che si tradurrebbero in un ulteriore aggravio per la parte che ha fatto istanza.

## **5.5. La modalità di valutazione dell'invalidità**

Come si è sopra accennato, l'invalidità che dà diritto ai benefici assistenziali deve essere dovuta a patologie fisiche e/o psichiche e sensoriali congenite o intervenute nel corso della vita che determinano un danno ed una conseguente riduzione permanente della capacità lavorativa generica, per tale intendendosi la capacità di esercitare proficuamente un lavoro che impegna una persona umana nelle sue componenti psico-fisiche e nella sua dignità.

L'art. 1 comma 4 del D.lgs. 23 novembre 1988 n. 509 ha delineato i criteri generali per la determinazione della percentuale di riduzione della capacità lavorativa.

Secondo l'indicata disposizione la valutazione del danno permanente deve basarsi:

a) sull'entità della perdita economica o funzionale totale o parziale, di organi o apparati;

b) sulla possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici che garantiscano in modo totale o parziale il ripristino funzionale degli organi ed apparati lesi;

c) sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o l'apparato sede del danno anatomico o funzionale.

Il successivo art. 2 del citato decreto ha previsto inoltre che la nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti avrebbe dovuto essere individuata con decreto del Ministro della Sanità da adottarsi entro due mesi dalla data della sua entrata in vigore.

In attuazione delle norme appena citate è stata adottato il decreto ministeriale della Sanità del 5 febbraio attualmente vigente, con la quale si è approvata e redatta la tabella delle varie patologie che prevede per ciascuna di esse un grado corrispondente che può essere determinato in misura fissa ovvero in misura variabile tra un minimo e un massimo.

Tale tabelle contenute nel decreto ministeriale 5 febbraio 1992 sono vincolanti per il Giudice. Tuttavia, anche nelle ipotesi di malattie coesistenti, il danno globale non deve essere determinato addizionando i singoli valori percentuali, ma deve essere valutato nella sua «incidenza reale sulla validità complessiva del soggetto» (art. 4 del D.lgs. n. 509 del 1988).

## **5.6. Dopo la presentazione della domanda?**

A seguito della presentazione della domanda da parte dell'interessato il sistema informatico dell'Ente rilascerà la ricevuta di presentazione dell'istanza con l'indicazione ed il numero del protocollo e della data di presentazione e con indicazione della data e dell'ora di visita medica.

Inoltre la data della visita potrà per di più essere rinviata ed eventualmente se ne potrà richiedere l'effettuazione presso la stessa residenza dell'istante; tale istanza di differimento sarà tuttavia valutata direttamente dalla Commissione entro cinque giorni dalla data di presentazione della domanda.

La visita sarà effettuata entro trenta giorni dall'istanza e la comunicazione dovrà sempre essere inoltrata a mezzo del servizio postale presso il domicilio indicato nella domanda

## 5.7. Le prestazioni

### 5.7.1. La pensione di inabilità

La pensione di inabilità è una provvidenza economica che viene riconosciuta ed erogata ai soggetti di età compresa tra 18 ed i 65 anni e tre mesi invalidi al 100% con totale e permanente inabilità lavorativa (art. 12 legge 118/71) dunque si considera inabile, ai fini del conseguimento del diritto a pensione nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità colui che «a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa».

I requisiti al fine di poter beneficiare di tale prestazione sono:

- **Cittadinanza:** il ricorrente deve essere cittadino Italiano, residente in Italia altrimenti cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea.

- **Limite di reddito:** Non percepire un reddito non superiore a **4.805,19** euro nel 2015.

- **Limite di reddito:** Il Decreto Legge n. 76 del 2013, (noto come Decreto Lavoro del Governo Letta), ha posto fine ad una serie di polemiche scatenate da una interpretazione riguardante il limite di reddito per il **diritto alla pensione di inabilità**. L'Inps e la Cassazione sostenevano che il reddito di riferimento dovesse essere quello familiare, quindi non solo il reddito personale del soggetto destinatario del trattamento di pensione. La conseguenza per molti era la perdita del diritto, essendo cumulabile in questo caso il reddito degli altri familiari. Il Decreto lavoro ha chiarito tutto: si escludono i redditi degli altri componenti familiari, il reddito di riferimento è quello individuale, e viene stabilito annualmente con apposito d.m. del Ministero dell'Interno.

- **Incompatibilità:** ai sensi e per gli affetti dell'art. 12 della l. 412/1991 la pensione di inabilità non è più incompatibile con al-

tri trattamenti economici pensionistici, purché il reddito dell'invalido non superi il limite di € 16.127,30.

- **Reversibilità:** la pensione di inabilità non è reversibile, salvo il diritto degli eredi a percepire i ratei già maturati alla data della morte dell'avente diritto.

### 5.7.2. Assegno mensile di invalidità

È una provvidenza economica che è pari a **279,75** euro al mese nell'anno **2015**, è previsto per gli invalidi con un grado di invalidità tra il 74% ed il 99%, che non prestano attività lavorativa, che hanno una età compresa tra i 18 anni e i 65 anni e 3 mesi.

I requisiti al fine di poter beneficiare di tale prestazione sono:

- **Cittadinanza:** il ricorrente deve essere cittadino Italiano, residente in Italia altrimenti cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea.

- **Limite di reddito:** Non percepire un reddito non superiore a **4.805,19** euro nel 2015.

- **Incompatibilità:** L'erogazione di provvidenza è incompatibile con le pensioni INPS d'invalidità ai sensi e per gli effetti della legge 54/82. Inoltre la legge 407/90 ha esteso tale incompatibilità a tutte le prestazioni pensionistiche a carattere diretto concesse a seguito di invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, nonché a qualsiasi pensione diretta di invalidità a carico dell'INPS o delle gestioni pensionistiche per i lavoratori autonomi e di ogni altra gestione pensionistica per i lavoratori dipendenti, aventi carattere obbligatorio.

- **Reversibilità:** l'assegno mensile di invalidità non è reversibile, salvo il diritto degli eredi a percepire i ratei già maturati alla data della morte dell'avente diritto.

### 5.7.3. Indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento, **che è pari a 508,55 euro al mese nell'anno 2015**, viene erogata dall'Inps in presenza dei seguenti requisiti: una invalidità totale e permanente al 100%, accompagnata dalla impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua. In questo caso l'indennità è riconosciuta al solo titolo della minorazione, indipendentemente dalle condizioni di età e reddituali. Quindi non era limitata dalle pronunce sul reddito familiare della Cassazione e dalle disposizioni Inps.

- **Cittadinanza:** il ricorrente deve essere cittadino Italiano, residente in Italia altrimenti cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea.

- **Limite di reddito:** non è ancorata a limiti di reddito.

- **Collocabilità al lavoro:** l'indennità di accompagnamento non è incompatibile con l'espletamento di una attività lavorativa.

- **Reversibilità:** l'indennità di accompagnamento non è reversibile, salvo il diritto degli eredi a percepire i ratei già maturati alla data della morte dell'avente diritto.

- **Ai fini del mantenimento dell'indennità:** per poter continuare a percepire l'indennità di accompagnamento, l'invalido, entro il 31 marzo di ogni anno deve presentare una dichiarazione di responsabilità, dalla quale risulti il non ricovero presso un istituto a lunga degenza o riabilitazione, con retta a carico di Ente Pubblico.

5.7.3.1. In caso di separazione tra coniugi l'ex moglie che percepisce l'assegno di invalidità perde il diritto al mantenimento?

La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 10221 del 4.5.2009 ha precisato che l'ex moglie che percepisce l'assegno di invalidità non perde il diritto al mantenimento. Con tale prin-

cipio la Corte ha accolto il ricorso di una donna invalida al 75% che, oltre a percepire un assegno di invalidità faceva anche lavori saltuari per arrotondare.

#### *5.7.4. Indennità mensile di frequenza*

L'indennità mensile di frequenza è destinata ai giovani con meno di 18 anni. Il minore deve avere difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della minore età oppure una «perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 Hertz». E deve frequentare in maniera continua o periodica centri ambulatoriali o scuole pubbliche o private di ogni ordine e grado a partire dagli asili nido. Il reddito del soggetto destinatario di tale provvidenza non deve essere superiore a **4.805,19** euro annui per il 2015<sup>4</sup>.

## **5.8. In caso di mancato riconoscimento dell'invalidità**

### *5.8.1. Ricorso avverso il mancato riconoscimento dell'invalidità*

Avverso il mancato riconoscimento sanitario è ammesso il solo ricorso in giudizio entro 180 giorni a pena di decadenza dalla notifica del verbale sanitario. Le recenti innovazioni non prevedono l'introduzione del ricorso amministrativo né di altre forme di contenimento del contenzioso ma obbligano al ricorrente di procedere ad un accertamento tecnico preventivo obbligatorio ai sensi dell'art. 445 bis del codice di procedura civile.

---

<sup>4</sup> Si fa presente che con l'entrata in vigore del Contributo Tecnico Scientifico (confronta l'allegato C del presente compendio) l'indennità di frequenza è stata sostituita con prevalenza dell'accompagnamento. Ragion per cui chi beneficia già dell'indennità di frequenza è legittimato a chiederne la sostituzione con l'indennità di accompagnamento.

### 5.8.2. In cosa consiste l'accertamento tecnico preventivo?

L'art. 445-bis c.p.c. prevede che l'interessato, per il riconoscimento dei propri diritti in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità ai sensi della legge 222/84, deve depositare, presso la Cancelleria del Tribunale nel cui circondario risiede, un'istanza - in forma di ricorso - di accertamento tecnico per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie legittimanti la pretesa che intende far valere davanti al giudice; tale istanza rappresenta atto interruttivo della prescrizione e vale anche ai fini del rispetto dei termini decadenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

Qualora l'interessato proponga giudizio ordinario per il riconoscimento della provvidenza senza aver preventivamente promosso l'accertamento o senza averne atteso la conclusione, il Giudice rileva d'ufficio il vizio e assegna alle parti il termine di 15 giorni per la presentazione dell'istanza di accertamento tecnico o per il completamento dello stesso.

Sarà, comunque, cura dell'Avvocato dell'Istituto eccepirne l'eventuale difetto, formulando, nella memoria di costituzione e - comunque - non oltre la prima udienza, l'eccezione di improcedibilità del ricorso, al fine di non incorrere nell'eventuale decadenza.

Il Giudice, a seguito della presentazione dell'istanza di accertamento tecnico obbligatorio preventivo, seguendo le forme e le modalità previste dall'art. 696-bis c.p.c. ("*consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite*") ne dispone la notifica all'Istituto insieme al decreto di fissazione dell'udienza di comparizione.

Relativamente alla suddetta istanza - in quanto atto interruttivo di un procedimento - valgono le modalità e le norme già in essere per la notifica degli atti all'Istituto.

L'Istituto effettua la costituzione in giudizio a mezzo di memoria redatta e sottoscritta dai funzionari amministrativi cui è affidata la rappresentanza e la difesa legale nei procedimenti di invalidità civile nella sola fase di accertamento preventivo del requisito sanitario.

È di competenza degli Avvocati dell'Ufficio legale della Direzione territoriale la difesa dell'Istituto nei giudizi relativi all'invalidità pensionabile e nei giudizi di merito relativi all'invalidità civile.

Nonostante la natura di procedimento sommario dell'accertamento tecnico preventivo e l'assenza di disposizioni specifiche nella norma in esame, è opportuno che l'Istituto, pur essendo sollevato dal rispetto del termine di cui al 1° comma, art. 416 c.p.c., si costituisca in giudizio comunque entro il decimo giorno antecedente l'udienza.

È altresì importante garantire la presenza del rappresentante processuale dell'INPS fin dalla prima udienza, affinché il medico dell'Ente possa essere immediatamente informato della data di inizio delle operazioni peritali, e, quindi, ancor prima della comunicazione obbligatoria al Direttore di Sede da parte del CTU di cui al successivo capoverso.

Il Giudice, all'udienza di comparizione, nomina il consulente tecnico d'ufficio, conferendogli l'incarico di espletare la visita medica. Il comma 8 dell'art. 38 del d.l. n. 98/2011 (convertito in legge numero 111/2011) prevede l'obbligo del consulente di inviare - almeno 15 giorni prima dell'inizio delle operazioni peritali ed anche in via telematica - apposita comunicazione al Direttore della sede provinciale INPS competente o a un suo delegato. Il CTU deve fornire la prova di aver inviato detta comunicazione, mediante allegazione alla relazione peritale - a pena di nullità di quest'ultima - del riscontro di avvenuta ricezione. Ove ne ricorrano i presupposti, l'eccezione di nullità - peraltro rilevabile anche d'ufficio dal giudice - va formulata nella dichiarazione di dissenso.

Per effetto dell'art. 38 comma 8 della Legge n.111/2011, alle operazioni peritali partecipa di diritto il medico legale dell'Istituto, in deroga al comma primo dell'art. 201 c.p.c.

Il consulente tecnico d'ufficio, quindi, ai sensi dell'art. 195, 3° comma c.p.c. (modificato dall'art. 46 della Legge n. 69 del 19/06/2009) deve trasmettere la bozza di relazione alle parti costituite, nel termine stabilito dal giudice con ordinanza resa all'udienza di cui all'articolo 193 c.p.c.. Con la medesima ordinanza il giudice fissa il termine entro il quale le parti devono trasmettere al consulente le proprie osservazioni sulla bozza di relazione e il termine, anteriore alla successiva udienza, entro il quale il consulente deve depositare in cancelleria la relazione, le osservazioni delle parti e una sintetica valutazione sulle stesse.

Il Giudice, terminate le operazioni peritali, con decreto comunicato alle parti, fissa un termine perentorio non superiore a 30 giorni, entro il quale le stesse devono dichiarare, con atto scritto depositato in Cancelleria, se intendono contestare le conclusioni del consulente tecnico d'ufficio.

La recente normativa introduce la qualificazione dell'Inps come unico legittimato passivo.

L'Inps diventa unica "controparte" nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali. Nel caso in cui il Giudice nomini un consulente tecnico d'ufficio, alle indagini assiste un medico legale dell'Inps. Il consulente nominato ha l'obbligo, a pena di nullità, di inviare apposita comunicazione sull'inizio delle operazioni peritali al direttore della sede provinciale dell'Inps competente (comma 5).

Con riferimento alla gestione del contenzioso giudiziario, le nuove previsioni normative hanno reso necessari alcuni interventi organizzativi di notevole spessore richiamati con la circolare n. 93 del 20/07/2009.

Conseguentemente, il giorno d'inizio delle operazioni peritali, il Consulente Tecnico di Parte, medico Inps, parteciperà al-

le stesse avendo a disposizione il fascicolo sanitario del periziano, contribuendo fattivamente alla esaustiva valutazione medico legale del caso e integrando le funzioni già previste con la circolare n. 92 del 17/07/2009.

Pertanto, al fine di garantire l'integrale applicazione di quanto disposto dalla normativa con riferimento al contenzioso in materia di invalidità civile, si rinvia a quanto disposto con le circolari n. 93 del 20 luglio 2009 e 106 del 9 settembre 2009.

### *5.8.3. Cosa succede in caso di contestazione?*

In caso di contestazione, la parte che ha depositato dichiarazione di dissenso rispetto all'accertamento del CTU, deve depositare, presso la Cancelleria del Tribunale al quale è stata presentata l'istanza di accertamento tecnico, entro il termine perentorio di 30 giorni dal deposito della citata dichiarazione, il ricorso introduttivo del giudizio di merito, specificando analiticamente, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione.

In assenza di contestazioni il Giudice, salvo che non ritenga di procedere alla rinnovazione della perizia ai sensi dell'art. 196 c.p.c., con decreto pronunciato fuori udienza entro 30 giorni dalla scadenza del termine previsto per il deposito dell'eventuale dichiarazione di dissenso, omologa l'accertamento sanitario secondo le risultanze probatorie indicate nella relazione del CTU e provvede sulle spese.

Il decreto, non impugnabile né modificabile, è notificato agli enti competenti che, in caso di accertamento sanitario favorevole all'interessato, e subordinatamente alla verifica della sussistenza degli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente per il riconoscimento della prestazione o della provvidenza, devono provvedere al pagamento delle stesse entro 120 giorni dalla notifica.

Nei casi in cui, pur in presenza di accertamento sanitario favorevole all'interessato, la competente linea di prodotto/servizio

accerti che non sussistono gli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente per il riconoscimento della prestazione o della provvidenza, è necessario che la stessa comunichi alla controparte i motivi del rigetto della domanda di prestazione o provvidenza.

Va sottolineato che l'obbligo del CTU di comunicazione al Direttore della Sede o al suo delegato dell'inizio delle operazioni peritali, nonché di tutti i successivi atti relativi a tale procedimento, pone direttamente in carico al Direttore stesso la responsabilità della regia dell'intero sistema organizzativo interessato dall'iter procedurale previsto dal legislatore.

Pertanto, i Direttori provinciali ed in particolar modo i Direttori provinciali di area metropolitana, dovranno porre in essere tutte le necessarie misure organizzative per assicurare la fluidità delle comunicazioni tra i vari soggetti coinvolti nel procedimento e la tempestività delle azioni conseguenti, con particolare riferimento alla gestione delle notifiche degli atti e di ogni altro tipo di comunicazione che - per legge - sono a loro indirizzati nella qualità di legale rappresentante dell'Istituto sul territorio.

Al riguardo, si fa presente che la recente legge n. 183 del 12 novembre 2011 (Legge di stabilità 2012) all'art.27, comma 1, lettera f, ha eliminato il secondo grado del giudizio di merito successivo all'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo per tutte le cause di natura sanitaria Inps iniziate dopo la data del 1/1/2012, rendendo ancora più indispensabile un costante ed autorevole coordinamento delle diverse funzioni coinvolte.

A tale scopo, il Direttore provinciale potrà delegare la gestione delle attività in questione soltanto a favore di altra figura dirigenziale.

In coerenza, poi, con quanto previsto dalla circolare INPS n. 132/2011 in materia di contenzioso amministrativo e giudiziario, di seguito sono indicate le modalità di gestione dell'accertamento tecnico obbligatorio preventivo che dovranno essere concreta-

mente operative dal 1° gennaio 2012, data di entrata in vigore del disposto normativo.

## 5.9. Possibilità di revisione

La revisione a scadenza può essere prescritta secondo quanto disposto dall'art. 37 della legge 23 dicembre 1988 n. 448,

- a) sussistano degli elementi di evolutività migliorativa;
- b) non si tratti di patologie stabilizzate che comportino la permanenza nel tempo;
- c) non si tratti delle patologie individuate dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2 agosto 2007 (Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante) per le quali è fatto divieto di sottoporle a revisione.

La prescrizione della rivedibilità comporta quindi che l'interessato si sottoponga nuovamente a visita da parte della stessa Commissione medica.

Si ricorda che alla scadenza del verbale decadono tutte le agevolazioni e le prestazioni economiche precedentemente concesse (ad esempio, permessi e congedi lavorativi). Risulta quindi consigliabile attivarsi per tempo, prima della stessa scadenza, per la richiesta di una nuova visita. Di norma dovrebbe essere la stessa Commissione medica a convocare a visita prima della data di revisione. Ma la prassi adottata dalle singole Commissioni mediche non è ancora uniforme sul territorio. Si suggerisce a chi è in possesso di un verbale di handicap/invalidità in cui è prevista la rivedibilità di rivolgersi alla Azienda Usl territorialmente competente (segreteria della Commissione), per conoscere quale sia la procedura (se si verrà convocati a visita o se è necessario presentare una nuova domanda) e dei relativi tempi di attesa. Con l'avvio della nuova procedura informatizzata per il riconoscimento dell'handi-

cap/invalidità, l'Inps ha fornito precisazioni per i verbali in cui sia stata prevista, prima del primo gennaio 2010, una revisione successiva (circolare n. 131 del 28/12/2009). Si precisa che nel capitolo successivo sono illustrate le novità normative del 2014 riguardanti la legge n. 104.

Le prestazioni già presenti negli archivi dell'Inps che prevedono date di scadenza per la rivedibilità saranno automaticamente caricate nel sistema informatico e potranno essere gestite interamente con la nuova procedura. Le visite mediche di revisione comunque già programmate dalla Azienda Usl prima del 31 dicembre 2009 seguiranno invece la stessa procedura prevista per le domande cartacee non ancora definite. Consultare Domande presentate entro il 31/12/2009 Per le persone con patologie ricomprese nel D.M. del 2/8/2007 sarà cura del medico INPS che integra la Commissione medica esaminare gli atti contenuti nel fascicolo sanitario della ASL al fine di escludere ogni ulteriore accertamento.

Riassumendo, nel caso in cui la Commissione medica abbia giudicato che la minorazione riscontrata in sede di accertamenti sanitari sia suscettibile di modificazioni nel tempo, nel verbale viene indicato il termine alla scadenza del quale l'invalido dovrà essere sottoposto a nuovi accertamenti sanitari (revisione).

La legge 80/2006 prevede che i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate e non reversibili o ingravescenti, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione, sono esonerati da ogni visita medica di revisione finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap.

I soggetti affetti da Fibrosi cistica, ai sensi e per gli effetti del Decreto ministeriale 2/8/2007, sono esclusi dalle visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante, tuttavia potrebbero ricevere la comunicazione di convocazione, in questo caso diventa necessario comunicare l'esenzione alla commissione.

### 5.9.1. Cosa succede in caso di mancata presenza alla visita di verifica?

Qualora l'interessato, non si presenti, senza giustificato motivo, alla visita medica indicata nel provvedimento di convocazione, l'INPS sospende di diritto il pagamento della prestazione.

Inoltre se l'invalido, entro 90 giorni successivi alla data di notifica della sospensione, ovvero alla richiesta di giustificazioni nei casi in cui tale sospensione sia stata già disposta, non fornisce idonee motivazioni circa la mancata presentazione a visita, l'Ente di previdenza provvede alla revoca della prestazione assistenziale con decorrenza dalla data di sospensione.

Viceversa, se vengono riscontrate e ritenute valide le giustificazioni addotte, dovrà essere comunicata una nuova data di visita alla quale l'interessato non potrà sottrarsi, pena la revoca del beneficio dalla data di sospensione. Sono fatti salvi i casi di visite domiciliari richieste dall'interessato e disposte dall'Ente di previdenza.

### 5.9.2. Rettifica per errore - cosa succede se per errore viene concessa una prestazione di assistenza?

Distinta e diversa dalla sopracitata revisione e la rettifica per errore. Quest'ultima all'opposto ha efficacia *ex nunc* ovvero i suoi effetti devono essere ricondotti al momento di attribuzione della prestazione e, di conseguenza, si procederà al recupero di tutti i ratei erroneamente corrisposti.

Tale istituto è stato esteso alle prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, dall'art. 10 del decreto legislativo 31 maggio 2010 n. 78 (conv. in legge 30 luglio 2010 n. 122). Tale disposizione ha previsto che, alle materie sopra indicate, limitatamente alle risultanze degli accertamenti di natura medico-legale si applicano le disposizioni di cui agli art. 9 del D.lgs. 23 febbraio 2000 n. 38 e 55 comma 5 della legge 9 marzo 1989 n. 88. Le norme appena menzionate regolamentano la rettifica per errore in materia di prestazioni INAIL.

## 5.10. Richiesta di aggravamento

La richiesta di aggravamento delle condizioni di invalidità civile è causata dal peggioramento, nel corso del tempo, delle condizioni di salute riportate dalla persona con disabilità alla quale era stata già riconosciuta una qualche invalidità civile. La persona interessata può fare domanda per ottenere una nuova valutazione delle sue condizioni di salute.

La Commissione Medica per l'invalidità civile accerta ugualmente la presenza di un aggravamento delle condizioni di salute dell'interessato, facendo le valutazioni e i riconoscimenti del caso. Qualora il nuovo accertamento dovesse effettivamente confermare l'aggravamento delle condizioni di salute dell'interessato, la Commissione Medica modifica il precedente giudizio, adeguando anche la percentuale di invalidità alla nuova situazione e riconoscendo eventuali nuove prestazioni.

I criteri di valutazione adottati dalla Commissione Medica sono gli stessi che valgono per l'accertamento dell'invalidità civile.

### 5.10.1. *Pluriminorazione*

È bene ricordare che il principio generale in materia di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo impedisce all'invalido di percepire per la stessa patologia più benefici economici. Questo significa che le provvidenze economiche possono essere riconosciute a condizione che non si percepiscano per la stessa patologia benefici per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Per converso, le menomazioni riportate per cause di guerra, di lavoro o di servizio che, nell'ambito dei rispettivi ordinamenti previdenziali o socio-assistenziali, non abbiano dato luogo a formale riconoscimento dello status di invalido di guerra, di lavoro o per servizio per mancanza dei requisiti previsti da detti ordinamenti (ad esempio, per non classificabilità o per scadenza dei termini) e che pertanto non hanno fatto conseguire un trat-

tamento pensionistico o altro beneficio a carico dello stato o di altro ente pubblico, possono essere valutate ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile in quanto concorrono a determinare lo stato invalidante del soggetto.

Se, ad esempio, l'interessato già percepisce una rendita INAIL per la perdita di un arto non può, per la stessa menomazione, chiedere il riconoscimento dell'invalidità civile. La stessa persona dell'esempio descritto, se affetta anche da altra patologia, può chiedere il riconoscimento dell'invalidità: questa richiesta, infatti, può essere valutata perché fondata su patologie diverse da quelle della perdita dell'arto.

La "residualità" dell'invalidità rispetto alle altre pensioni o rendite esiste anche tra la cecità e il sordomutismo rispetto all'invalidità civile. Ciò vuol dire, a titolo esemplificativo, che se la riduzione della vista ha già determinato il riconoscimento della cecità, quel deficit visivo non potrà essere fatto valere per ottenere la percentuale di un'altra invalidità civile. Diversamente le minorazioni visive e uditive di grado inferiore a quello previsto per il riconoscimento di "cieco civile" o "sordo" possono essere valutate ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile.

Dalla possibilità di dar luogo, per lo stesso soggetto, a distinti riconoscimenti di invalidità derivanti da cause diverse discende il diritto al cumulo delle provvidenze economiche connesse a detti riconoscimenti. Ad esempio, un invalido civile parziale che sia anche cieco civile assoluto può cumulare l'assegno mensile con la pensione prevista per i ciechi assoluti, sempre che sussistano i requisiti socio-economici previsti dalle norme relative alle singole provvidenze. Distinte menomazioni possono dar luogo a più riconoscimenti di invalidità configurando situazioni di *pluriminorazione*.

Per quanto concerne l'indennità di accompagnamento l'art. 5 della l. 429/1991, ha ammesso la cumulabilità delle indennità connesse alle singole minorazioni con effetto dall'1.3.1991. Ad esempio un invalido civile non deambulante affetto anche da

cecità assoluta ha diritto ad una indennità cumulativa pari alla somma delle indennità di accompagnamento previste per entrambe le minorazioni.

## **6. Il riconoscimento della Legge 104/1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, definizione di handicap, mobilità lavorativa)**

### **6.1. Premessa**

La legge 104 all'art. 3 definisce persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che a causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Il legislatore ha pertanto predisposto un quadro normativo finalizzato alla prevenzione, cura e riabilitazione, al fine di prevenire e rimuovere le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali.

Ai cittadini lavoratori, **portatori di handicap grave** riconosciuto ai sensi dell'art 3, comma 3 Legge 104/92 e ai loro familiari vengono concessi, in presenza di determinate condizioni, dei permessi retribuiti aventi come scopo la cura e l'assistenza del portatore di handicap<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Si fa presente che con l'entrata in vigore del Contributo Tecnico Scientifico (confronta l'allegato C del presente compendio) il paziente con

## 6.2. La domanda

Il lavoratore che intende richiedere i permessi retribuiti (L.104/92) o il congedo straordinario (L.388/2000 – art. 42 del D.lgs. 151/2001) deve presentare alla Sede Inps di competenza domanda in modalità telematica attraverso uno dei seguenti canali:

- web, servizio telematico a cui l'utente può accedere direttamente tramite PIN attraverso il portale INPS;
- patronati, attraverso i loro servizi telematici,
- Contact Center Multicanale tramite il numero 803164 gratuito per chiamate da numero fisso o al numero 06164164 per chiamate da telefono cellulare a carico dell'utenza.

Alla domanda, che può essere presentata anche tramite PEC, deve essere allegata l'attestazione di gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 rilasciata dalla Commissione ASL (art. 4 della Legge 104/92).

A decorrere dal 01.01.2010 le suddette commissioni sono integrate da un medico dell'INPS.

I permessi retribuiti e il congedo straordinario possono essere riconosciuti solo dalla data di presentazione della domanda.

## 6.3. Quando spetta

I permessi retribuiti (art. 33 legge104/92) spettano ai lavoratori dipendenti (anche se con rapporto di lavoro part-time) assicurati per le prestazioni economiche di maternità, quando la **persona** che li richiede o per la quale sono richiesti si trovi

---

Fibrosi Cistica, a prescindere dall'età e dalla variante genetica, sia da considerarsi in ogni caso portatore di handicap con connotazione di gravità.

**in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92** riconosciuta dall'apposita Commissione e **non sia ricoverata a tempo pieno.**

Il congedo straordinario (legge 388/2000 - art. 42 del Dlgs. 151/2001) spetta ai lavoratori dipendenti (anche se con rapporto di lavoro part-time), quando la persona per la quale sia richiesto si trovi in situazione di disabilità grave riconosciuta dalla Commissione Medica Integrata e non sia ricoverata a tempo pieno.

#### **6.4. Permessi retribuiti oggetto**

Permessi retribuiti (art. 33 Legge 104/92):

- I lavoratori disabili in situazione di gravità con handicap possono beneficiarne alternativamente:

- riposi orari giornalieri "ad ore": 2 ore al giorno o 1 ora, a seconda dell'orario di lavoro, che saranno indennizzate sulla base della retribuzione effettivamente corrisposta

- giorni di permesso "a giorni": 3 giorni al mese frazionabili anche in ore che saranno indennizzati sulla base della retribuzione effettivamente corrisposta.

- I **genitori lavoratori dipendenti di figli con età inferiore ai di tre anni anche adottivi**, in situazione di disabilità grave, conviventi e non, possono fruire, anche quando l'altro genitore non ne ha diritto, perché ad esempio è casalingo/a, lavoratrice/lavoratore autonomo, alternativamente:

- di un **prolungamento del congedo parentale** dell'astensione facoltativa fino a 3 anni di età del bambino con indennità pari al 30% della retribuzione per tutto il periodo;

- di **riposi orari giornalieri**, fino a 3 anni di età del bambino, di 1 o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro, che saranno in-

dennizzate sulla base della retribuzione effettivamente corrisposta;

– **3 giorni di permesso** mensile (frazionabili in ore), sia nel caso in cui l'altro genitore non lavori, sia nel caso in cui siano presenti in famiglia altri soggetti, anche lavoratori, che possono dare assistenza. I permessi saranno indennizzati sulla base della retribuzione effettivamente corrisposta.

• I genitori, anche adottivi o affidatari, di figli disabili in situazione di gravità di età compresa tra tre ed otto anni, possono usufruire alternativamente di:

– 3 giorni di permesso mensile frazionabile anche in ore;

– prolungamento del congedo parentale.

• I genitori, anche adottivi o affidatari, il coniuge, **i parenti e gli affini entro il 2° grado** lavoratori dipendenti di persone in situazione di disabilità grave possono usufruire di 3 giorni di permesso mensile (frazionabili in ore) anche se presenti nel nucleo altri familiari maggiorenni conviventi, lavoratori o studenti.

I tre giorni di permesso mensili possono essere fruiti anche dai parenti e dagli affini del minore di tre anni in situazione di disabilità grave.

Il diritto può essere esteso ai **parenti e agli affini di terzo grado** della persona con disabilità in situazione di gravità soltanto qualora i genitori o il coniuge della persona in situazione di disabilità grave abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. I permessi saranno indennizzati sulla base della retribuzione effettivamente corrisposta.

### Segue - Diritto al part-time

Secondo le nuove disposizioni, introdotte dal c.d. Jobs Act ovvero dalla legge 10 dicembre 2014, n. 183 e dai decreti attuativi, hanno diritto a trasformare il proprio rapporto di lavoro da

tempo pieno a part-time e a riportarlo nuovamente, a propria richiesta, in rapporto di lavoro a tempo pieno – i dipendenti “*del settore pubblico e del settore privato affetti da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita.*”.

Nella sostanza il diritto che già era riconosciuto alle persone con patologie oncologiche (dall’art. 12 bis, d.lgs. n. 61/2000), viene esteso anche a chi è affetto da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti.

La definizione è al contempo stringente e incerta.

Stringente poiché indicando le “patologie cronico-degenerative ingravescenti” esclude tutte le condizioni, pur gravi, che siano stabilizzate: ad esempio le para e tetraplegie, le tetraparesi spastiche, altre mielolesioni congenite, le poliomieliti, gli esiti da pluriamputazioni, le cecità e le sordocecità. Si tratta di condizioni che, pur stabilizzate, subiscono spesso, proprio a causa della menomazione, un’usura significativa nel corso della carriera lavorativa.

La definizione è incerta nel concetto di “gravità” ancora una volta lasciato alla discrezionalità valutativa (quali sono i criteri?) di una “*commissione medica istituita presso l’azienda unità sanitaria locale territorialmente competente.*” (anche qui viene da chiedersi se “*territorialmente competente*” sia da riferirsi alla sede dell’azienda o al domicilio del lavoratore).

L’articolo 8 del Decreto legislativo (in vigore dal 25 giugno) **ampia la platea dei potenziali beneficiari** e aggiunge alcune agevolazioni. Il testo, tuttavia, conserva significative incertezze definitorie e di funzionamento che potrebbero **limitarne di molto l’impatto** e generare anche qualche **disparità di trattamento**.

La trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto a tempo parziale deve sempre risultare da un **accordo scritto** fra le parti.

Ci sono poi delle tutele: il rifiuto del lavoratore di trasformare il proprio rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto a tempo parziale, o viceversa, **non** costituisce **giustificato motivo di licenziamento**, né l'inquadramento a tempo parziale può essere motivo di disparità di trattamento.

### Segue - Priorità al part-time

Il comma il quarto del decreto attuativo n. 80 del 2015, riprende - ampliando i beneficiari - il testo del già vigente art. 12 bis del d. lgs. 61/2000 la cui espressione già era piuttosto confusa, ma era limitata ai familiari delle persone affette da patologie oncologiche.

Il **beneficio** previsto consiste nella **“priorità nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.”**. Priorità, quindi, non diritto soggettivo vero e proprio.

A chi spetta? Spetta a due categorie di lavoratori.

La **prima**: i lavoratori che siano coniuge, figlio, genitore di una persona con patologie oncologiche o gravi patologie cronicodegenerative ingravescenti. Anche in questo caso (come nel decreto 61/2000) il Legislatore si è “scordato” di inserire formule disgiuntive (o) oppure di limitazione (alternativamente). Quindi, ad una analisi letterale, tutti i parenti elencati contano sulla priorità nella trasformazione del rapporto di lavoro.

La **seconda categoria** che può godere della priorità: “il lavoratore o la lavoratrice assista una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, alla quale è stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari al 100 per cento, con necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.”.

Prima di evidenziare la reiterata **scorretta farraginosità** della definizione (già presente nella normativa vigente), rileviamo come per questa categoria sia prevista la condizione della **convivenza**, ma **non sia imposto**, a ben vedere, il **vincolo di parentela o affinità**.

Il Legislatore mescola concetti di invalidità civile (totale e permanente inabilità lavorativa), con i concetti di handicap grave (legge 104/1992) e vi aggiunge una delle due definizioni sanitarie previste per l'indennità di accompagnamento.

Nella sostanza per il familiare o il convivente assistito si dovrebbero dimostrare **quattro contestuali condizioni**:

- che sia invalido con **totale e permanente inabilità lavorativa** (condizione che non sussiste né viene indicata per i minori e per gli over 65 anni);

- che conti su una **percentuale di invalidità pari al 100 per cento** (tautologico rispetto alla definizione precedente e non indicata di prassi nei minori né per i ciechi o i sordi);

- che sia stata riconosciuta persona con **handicap grave** (articolo 3, comma 3, legge 104/1992);

- che sia titolare dei requisiti sanitari per l'**indennità di accompagnamento** (attenzione sono esclusi i titolari di indennità di accompagnamento non in grado di deambulare autonomamente, nonché i minori titolari di indennità di frequenza, i sordi, i ciechi).

Questo caotico inquadramento, che già **esclude** in larga misura i minori (compensati dal comma successivo), non considera gli **invalidi per lavoro**, per cause di servizio, per inabilità pensionabile INPS, nonché i **sordi**, i **ciechi**, i **sordociechi**.

La priorità nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale è ammessa in altri **due casi** ma limitata ai **solì genitori**:

- nel caso di **figlio convivente** di età non superiore a **tredici anni**;

- nel caso di **figlio convivente** portatore di **handicap** “*ai sensi dell’articolo 3 della legge n. 104 del 1992.*” (da notare che non è richiesta la gravità indicata dal comma 3 dell’articolo citato).

Anche in questo caso l’assenza di formule disgiuntive fa ritenere che entrambi i genitori possano far valere in contemporanea la priorità.

Al contrario il vincolo della convivenza esclude dal potenziale beneficio il **genitore separato** o **divorziato** il cui figlio abbia residenza presso l’ex coniuge.

Bizzarramente la disposizione può essere **foriera di contenziosi**: trattandosi di quattro diverse fattispecie possibili con uguale diritto alla priorità, non viene fissato alcun criterio per fissare eventuali precedenze (quale fattispecie ha più priorità rispetto alle altre?).

A questo si aggiunga un’altra fattispecie: il lavoratore che abbia trasformato il rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale ha diritto di precedenza nelle assunzioni con contratto a tempo pieno per l’espletamento delle stesse mansioni o di quelle equivalenti a quelle oggetto del rapporto di lavoro a tempo parziale. Anche in questo caso non è ben chiaro chi abbia una “maggiore” precedenza.

### Segue - Congedi parentali e part-time

Una novità di maggiore rilevanza è fissata dal comma 7 del decreto attuativo n. 80 del 2015. Anche in questo caso il beneficio introdotto appare più come un interesse legittimo che come un diritto soggettivo.

La locuzione “*il lavoratore può chiedere*” con cui inizia il comma, non fissa un’obbligatorietà per l’azienda. Ma vediamo di che beneficio si tratta.

Il lavoratore può chiedere, per una sola volta, in luogo del **congedo parentale** “*spettante ai sensi del **Capo V** del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151*”, la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale per un periodo corrispondente, con una riduzione d’orario non superiore al 50 per cento.

Il **congedo** richiamato **non** è certo quello previsto dall’articolo 42 (Capo VI) concesso ai parenti che **assistono un familiare con handicap grave**, retribuito e della durata massima di due anni.

I congedi citati sono quelli **parentali** concessi per ogni bambino, nei primi suoi 12 anni di vita (come previsto dal nuovo decreto legislativo 80/2015), a ciascun genitore e che non possono complessivamente eccedere il limite di dieci mesi (11 nel caso il padre fruisca di almeno tre mesi). Fino al sesto anno di vita del bambino è riconosciuta un’indennità pari al **30 per cento della retribuzione**, per un periodo massimo complessivo tra i genitori di sei mesi. Inoltre i congedi sono coperti da **contributi figurativi**.

Nel caso il bambino sia persona con **handicap grave** (art. 3 comma 3 della legge 104/1992) il congedo estende la sua durata a tre anni (con indennità per l’intero periodo).

Qual è la **nuova opportunità**? Anziché fruire dei congedi si può chiedere il passaggio al part-time per la stessa durata del congedo. Ad esempio, anziché chiedere e ottenere sei mesi di congedo retribuito con indennità al 30% (e “rimanere a casa”), si può passare a part-time per sei mesi percependo una retribuzione proporzionata e una copertura previdenziale effettiva. L’opportunità va letta ricordando che il contemporaneo decreto legislativo 80/2015 ha consentito l’opportunità di frazionare il congedo in giorni oppure ore.

In alcuni casi la nuova opportunità può essere favorevole alla conciliazione fra i tempi di lavoro e le necessità di assistenza con la garanzia di maggiori introiti per i genitori.

Allo Stato questa scelta è ovviamente conveniente poiché mentre l'indennità è a carico dell'erario, la retribuzione in forma di part-time rimane ovviamente in carico dell'azienda.

### **6.5. Congedo straordinario oggetto (Legge 388/2000 – art. 42 del D.lgs. 151/2001)**

I lavoratori aventi diritto al congedo straordinario possono richiedere **due anni** di congedo straordinario nell'arco della vita lavorativa.

Durante tutto il periodo viene corrisposta una indennità nella misura della retribuzione percepita nell'ultimo mese di lavoro che precede il congedo (comprensiva del rateo di tredicesima mensilità, altre mensilità aggiuntive, gratifiche, indennità, premi, ecc.) entro un limite massimo di reddito determinato annualmente con Decreto ministeriale (per il 2014 ad Euro 47351,12).

Per lo stesso portatore di handicap non possono essere richiesti più di 2 anni. Tale limite è complessivo fra tutti gli aventi diritto. I periodi di congedo straordinario sono computati nel limite massimo globale spettante a ciascun lavoratore, ovvero due anni di permesso, anche non retribuito, per gravi e documentati motivi familiari.

In caso di pluralità di portatori di handicap il congedo spetta per ciascuno di essi nei limiti sopra indicati. **Non è mai possibile** per lo stesso lavoratore fruire del “**raddoppio**” del **congedo straordinario**.

Un ulteriore periodo di due anni per altri familiari handicappati è ipotizzabile solo a beneficio di altri soggetti che si tro-

vano nella condizione di prestare assistenza al portatore di handicap.

Il congedo **non può essere concesso** se la persona handicappata da assistere presta a sua volta attività lavorativa nel periodo di fruizione del congedo da parte degli aventi diritto. Ciò va inteso nel senso che il disabile può avere in essere un rapporto lavorativo, ma non deve prestare concretamente l'attività lavorativa nel periodo di godimento del congedo da parte degli aventi diritto (ad esempio: ferie, malattia, infortunio ecc.).

In base a tale norma, quindi, ai genitori o, in caso di decesso, ai fratelli o sorelle conviventi di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità, accertata dalla competente commissione medica, spettano alternativamente, congedi (continuativi o frazionati), per la durata massima di due anni nell'arco della vita lavorativa.

## **6.6. Congedi parentali anche ai fratelli conviventi se i genitori sono inabili?**

Con la sentenza n. 233 dell'8 giugno 2005, la Corte Costituzionale è intervenuta nuovamente dichiarando l'incostituzionalità dell'art. 42, V comma del D. Lgs.vo n. 151 del 26 Marzo 2001 (*Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità, a norma dell'art. 15 della legge n. 53 dell'8 Marzo 2000*).

Si tratta della norma che consente alle sorelle o ai fratelli conviventi del soggetto con handicap grave, di fruire del congedo straordinario retribuito soltanto nel caso di *scomparsa* dei genitori, e non anche nell'ipotesi in cui questi ultimi, sebbene in vita, si trovino impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio disabile in quanto totalmente inabili ed in possesso dei requisiti di cui

all'art.1 della legge n. 18 dell'11 febbraio 1980 ("Indennità di accompagnamento degli invalidi totalmente inabili")<sup>6</sup>.

#### 6.6.1 *L'utilizzazione del permesso retribuito per finalità diverse dalla legge 104 può portare al licenziamento del lavoratore?*

È bene ricordare che un utilizzo distorto dei permessi *ex lege* 104 costituisce, secondo un consolidato orientamento della Corte di cassazione (Cass. Sentenza 4 marzo 2014 n. 4984), una forma di abuso del diritto. Tale comportamento rappresenta una condotta idonea a ledere irrimediabilmente il vincolo di fiducia posto a fondamento del rapporto di lavoro.

Ne consegue che il datore di lavoro risulta legittimato ad intimare il licenziamento del lavoratore, poiché il comportamento del lavoratore che non utilizzi i permessi *ex lege* 104 secondo i fini previsti dalla normativa, ovvero per la assistenza e il sostegno dei portatori di handicap, determina un disvalore sociale tale da porre in dubbio, sul piano del rapporto di lavoro, la futura correttezza dell'adempimento in quanto sintomatica di certo atteg-

---

<sup>6</sup> Cfr. L. DEL VECCHIO, Sui congedi per familiari dei disabili interviene la Corte costituzionale, in *Giur. It.*, 2006, I, "Infatti, hanno diritto al riconoscimento del permesso per figli con handicap grave, la lavoratrice madre o, in alternativa il lavoratore padre, che abbiano titolo a fruire dei benefici di cui all'art. 33, 1° comma del T.U. e dell'art. 33 2° e 3° comma, legge n. 104/1992, in tutti i casi in cui la condizione di handicap in situazione di gravità sia stata accertata da un'apposita commissione di accertamento presente in ogni ASL" Valorizzando quindi al massimo la famiglia la Corte cost. n. 233/2005, ritiene che non si possa escludere dal beneficio di cui all'art. 42, 5° comma, il fratello o la sorella conviventi del soggetto disabile. Diversamente, il diritto al congedo straordinario in questione rimarrebbe privo di una corretta attuazione proprio in quelle situazioni familiari che necessitano di un più incisivo e adeguato sostegno.. Cfr. V. LAZZERONI, *Nuove misure di tutela dei disabili, in I nuovi congedi. Commento alla L. 8 marzo 2000, n. 53, aggiornato con il testo Unico per la tutela della maternità e paternità*, a cura di Del Punta e Gottardi, *Il Sole 24 ore*, 2001, pag. 108.

giarsi del lavoratore rispetto agli obblighi assunti contrattualmente (Cosi' Cass. Sentenza 30 aprile 2015 n. 8784).

Va sul punto precisato, secondo la Cassazione, che il *decisum* della sentenza si fonda, non sul tipo di assistenza prevista dalla legge "104" che il soggetto doveva fornire alla madre handicappata, quanto piuttosto sul rilievo della utilizzazione del permesso retribuito per finalita' diverse da quelle per il quale il legislatore ha previsto il diritto al permesso retribuito.

## **6.7. Il congedo straordinario non è frazionabile ma può essere goduto solo a giorni interi e non ad ore**

**La Corte Costituzionale** è intervenuta in due distinte occasioni per dichiarare l'illegittimita' della normativa vigente, estendendo il diritto a fruire del congedo retribuito ad altri familiari oltre a quelli definiti dalla legge.

In particolare la Corte, con sentenza n. 158 del 18 aprile 2007, ha dichiarato l'illegittimita' costituzionale dell'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternita' e della paternita') nella parte in cui non prevede il diritto a fruire del congedo anche per il coniuge convivente con soggetto con handicap in situazione di gravita'.

Con successiva sentenza n. 19/2009, la Corte ha altresì dichiarato illegittima la norma nella parte in cui non include negli aventi diritto il figlio del soggetto disabile convivente, in assenza di altri soggetti idonei a prendersi cura della persona in situazione di disabilita' grave.

Una importante precisazione relativa al diritto è contenuta nella citata Circolare INPS n. 112/22072007, nella quale si specifica che per il diritto alla fruizione del congedo non è più necessario dimostrare l'impossibilita' di prestare assistenza da parte di altri fa-

miliari conviventi, stante l'esclusiva riconducibilità all'autonomia privata e familiare della scelta su chi, all'interno della famiglia del portatore di handicap, debba prestargli assistenza.

Ai lavoratori mutilati ed invalidi civili cui sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% possono fruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un congedo per cure per un periodo non superiore a 30 giorni durante il quale al lavoratore spetta il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia (art. 7 d.lgs.n. 119 del 2011). Non si è sottoposti a controlli né si debbono rispettare le fasce orarie previste durante l'assenza per la malattia.

## 6.8. Mobilità lavorativa

La legge 104/92 che tutela i diritti delle persone disabili prevede alcune agevolazioni su scelta e trasferimento di sede per i lavoratori portatori di handicap. Le agevolazioni sono essenzialmente e soprattutto finalizzate a ridurre i disagi della lontananza tra domicilio e sede di lavoro.

### 6.8.1. I destinatari

L'art. 21 della legge 104/92 prevede che **la persona handicappata** con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648, assunta **presso gli enti pubblici** come vincitrice di concorso o ad altro titolo, ha diritto di:

- scelta prioritaria tra le sedi disponibili;
- precedenza in sede di trasferimento a domanda;

L'art. 33 comma 6 della legge 104/92 prevede, invece, che **la persona handicappata** maggiorenne in situazione di gravità può usufruire alternativamente dei permessi di cui ai commi 2 e

3 (permessi di due ore al giorno o di tre giorni al mese), ha diritto a scegliere, ove possibile, **«la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede, senza il suo consenso»**.

Per usufruire delle **agevolazioni** previste dall'**art. 21** della legge 104/92 sono necessarie:

- la certificazione di portatore di **handicap anche non grave** (art. 3 - comma 1 della legge 104/92) rilasciata dalla apposita commissione operante presso l'Azienda U.S.L. di residenza dell'interessato;

- invalidità superiore ai 2/3 (dal 67% al 100%).

Per usufruire delle **agevolazioni** di cui all'**art 33** della legge 104/92 è necessario essere in possesso della certificazione di portatore di **handicap in condizioni di gravità** (art. 3 - comma 3 della legge 104/92) rilasciata dalla apposita commissione operante presso la Azienda U.S.L. di residenza dell'interessato.

Si ribadisce tuttavia che le **agevolazioni di cui all'art. 21** operano **solo** nell'ambito della **pubblica amministrazione** in quanto si riferiscono specificamente alle persone assunte presso gli enti pubblici come vincitrici di concorso o ad altro titolo, mentre le agevolazioni di cui all'art. 33 si applicano sia al settore pubblico che alle imprese private.

Si sottolinea, inoltre, che:

- il diritto di scegliere, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio può valere soltanto nell'ambito della medesima amministrazione o ente di appartenenza (Circolare Ministero per la Funzione Pubblica n. 90543/7/448 del 26 giugno 1992) - per esempio non è possibile invocare la legge 104 per essere trasferiti da una azienda U.S.L. ad un'altra o da un Comune ad un altro, **in questi casi può essere utilizzato l'istituto della mobilità nella pubblica amministrazione;**

- il diritto al trasferimento di sede può valere solo nel caso in cui esista il posto vacante nella sede di destinazione richiesta

(Parere del Consiglio di Stato n. 1813 del 10 dicembre 1996, Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica **6 dicembre 2010, n.13**),

- molte pubbliche amministrazioni (per esempio scuola, guardia di finanza,) hanno ulteriormente precisato i criteri per fruire di tale agevolazione. Pertanto, è sempre opportuno verificare quanto specificamente previsto dal contratto di lavoro e dai regolamenti di categoria.

La Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale n. 28 del 1993 precisa che la locuzione “ove possibile”, in merito al diritto di scelta della sede di lavoro, è da intendersi nel senso che il datore di lavoro può frapporre un rifiuto solo per motivate esigenze di organizzazione aziendale; **il diritto di non essere trasferito senza esplicito consenso** ad altra sede costituisce, invece, un diritto incondizionato, nel senso che **non è soggetto a verifica** di compatibilità con le esigenze organizzative e produttive dell’impresa.

L’INPDAP, nella circolare n. 34 del 2000 conferma che:

- il diritto alla sede più vicina presuppone l’esistenza (vacanza organica) del posto in cui si intende essere assegnati o rimanere;
- lo stesso diritto viene meno nel caso in cui cessino i presupposti (per esempio mutamento della condizione sanitaria) con conseguente revoca del provvedimento.

Si rileva infine che:

- Il Consiglio di Stato in diversi arresti ha ribadito che la normativa trova diretto fondamento in principi di rango costituzionale con carattere derogatorio rispetto all’ordinaria procedura delle assegnazioni di sede e dei trasferimenti e che non è consentito l’obbligo di permanenza per alcuni anni nella prima sede di assegnazione (Parere del Consiglio di Stato n. 1813 del 10 dicembre 1996);

- Inoltre nel parere n. 1623 del 17 ottobre 2000 il Consiglio di Stato ha stabilito che, nel caso in cui il concorso sia stato bandito per una determinata circoscrizione territoriale, il posto presso diversa circoscrizione non può considerarsi disponibile per i vincitori del concorso e quindi, di massima non può essere utilizzato per le esigenze di tutela soddisfatte dalla legge 104/92.

Si ritiene inoltre opportuno segnalare alcuni dicta della Corte di Cassazione ed in particolare:

- Cassazione n. 12692 del 29/08/2002 e Cassazione n. 22323 del 3/11/2010 in cui si afferma che l'esercizio di questo diritto deve essere compatibile con l'interesse comune e non può avvenire a discapito delle esigenze economiche ed organizzative del datore di lavoro.

### **6.9. Diritti e doveri delle parti - in genere - Permessi giornalieri ex art. 33, comma 3, della legge n. 104 del 1992 - Retribuibilità - Nel settore privato e in quello pubblico - Fondamento - Conseguenze - Compenso incentivante ex art. 18, legge n. 88 del 1989 - Spettanza**

La Corte di Cassazione con sentenza del 15 gennaio 2014 n. 688 sez. lavoro ha precisato che: «In tema di permessi giornalieri per i lavoratori, ai sensi dell'art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assistenza a persone portatrici di grave handicap, la norma di interpretazione autentica contenuta nell'art. 2, comma 3 ter, del d.l. 27 agosto 1993, n. 324, conv. in legge 27 ottobre 1993, n. 423, ha chiarito che tanto nel settore privato, quanto in quello pubblico, i permessi devono intendersi retribuiti, sicché anche nei giorni di fruizione spetta la corresponsione del compenso incentivante previsto dall'art. 18 della legge 9 marzo 1989, n. 88».

Inoltre: «I compensi incentivanti di cui all'art. 18 legge n. 88/89 vanno riconosciuti previa valutazione e verifica dei risultati conseguiti; tale valutazione non è limitata al numero delle ore o dei giorni effettivamente lavorati e va quindi estesa anche alle giornate nelle quali il lavoratore ha fruito dei permessi per assistenza a persone con handicap ex art. 33, comma 3, legge n. 104/92 e successive modifiche».

#### *6.9.1. Procedura per la richiesta*

La domanda deve essere rivolta al datore di lavoro, allegando:

- la certificazione di handicap e di invalidità (nel caso dell'art. 21);
- la certificazione di handicap grave (nel caso dell'art. 33).

#### *6.9.2. Normativa di riferimento*

- **Legge 5 febbraio 1992, n. 104**: “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;

- **Circolare Ministero per la Funzione Pubblica 26 giugno 1992, n. 90543/7/448**: “Applicazione degli articoli 22 e 33 della legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (legge 5 febbraio 1992, n. 104). Criteri illustrativi”;

- **Circolare Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 15 marzo 1993, n. 28**: “Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate; art. 33 (agevolazioni)”;

- **Parere Consiglio di Stato del 10 dicembre 1996, n. 1813** - “Quesito concernente l'applicazione della legge 5 febbraio 1992 n. 104 (assistenza delle persone handicappate)”;

- **Circolare INPDAP 10 luglio 2000, n. 34**: “Legge quadro n. 104 del 5/2/1992 per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i

diritti delle persone handicappate. La disciplina di cui agli articoli 1, 3, 4, 33 e le innovazioni introdotte dagli articoli 19 e 20 della legge n. 53 del 8/3/2000”;

- **Parere del Consiglio di Stato del 17 ottobre 2000, n. 1623** - “Ministero delle Finanze - quesito concernente l’applicazione art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni ed integrazioni (assistenza alle persone handicappate) - Criteri interpretativi”;

- **Sentenza Corte di Cassazione del 29 agosto 2002, n. 12692**: La Cassazione afferma la necessità di un bilanciamento tra l’interesse del familiare all’assistenza continua alla persona portatrice di handicap ed altri interessi di rilevanza costituzionale sicché il riconoscimento del diritto del lavoratore familiare può, a seconda delle situazioni fattuali a fronte delle quali si intenda farlo valere, cedere a rilevanti esigenze economiche, organizzative e produttive dell’impresa [N.d.A.];

**Sentenza Corte di Cassazione del 2 novembre 2006, n. 23526**: La Corte di Cassazione ha affermato che nel caso in cui un lavoratore pubblico con una situazione familiare già esistente che dà diritto ai permessi “ex lege” n. 104/1992, accetti un posto di lavoro fuori dalla propria sede e, di conseguenza, venga trasferito, non può rivendicare, in via prioritaria, il trasferimento nella vecchia sede per assistere il familiare handicappato [N.d.A.];

**Sentenza Corte di Cassazione del 3 novembre 2010, n. 22323**: La Cassazione ha affermato che il riconoscimento, in favore del lavoratore familiare di un disabile (articolo 33 della legge n. 104/1992) di scegliere la sede lavorativa più vicina al proprio domicilio e di non essere trasferito ad altra sede senza il suo consenso, presuppone, anche, l’attualità dell’assistenza e la compatibilità con l’interesse comune. L’esercizio di questo diritto non può essere fatto valere a danno delle esigenze economiche ed organizzative del datore di lavoro [N.d.A.].

L'art. 33 - comma 5 della legge 104/92 prevede, relativamente alla scelta e al trasferimento della sede di lavoro, alcune particolari agevolazioni per il lavoratore che assiste un familiare portatore di grave handicap.

La legge n. 183 del 4 novembre 2010 (c.d. collegato lavoro) ha introdotto importanti novità modificando l'art. 33 della legge 104/92 e prevedendo al comma 5 che i destinatari di questa agevolazione sono **i soggetti definiti nella nuova formulazione dell'art. 33 - comma 3 legge 104/92.**

Pertanto il diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e a non essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede è riconosciuto:

- al lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Precedentemente alla entrata in vigore della legge 183/2010 la norma prevedeva tale possibilità:

- per il coniuge, per i parenti e gli affini **entro il terzo grado**;  
- il diritto del lavoratore al trasferimento nella sede di lavoro più vicina **al proprio domicilio.**

Il diritto di scegliere la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere è richiamato dalle circolari INPS n. 155/2010, INPDAP n. 1/2011 e dipartimento funzione pubblica n. 13/2010).

### *6.9.3. Estensione a parenti o affini entro il 3° grado?*

La possibilità di assistere **si estende dal secondo al terzo grado di parentela solo nel caso in cui** il coniuge o i genitori

della persona da assistere grave abbiano compiuto i **sessantacinque** anni di età oppure siano anche essi affetti da **patologie invalidanti** o siano **deceduti o mancanti**. Questa possibilità è estesa **anche qualora uno solo dei due soggetti** (genitori o coniuge) si trovi nelle condizioni sopra elencate.

Le circolari inps n. 155/2010, INPDAP n.1/2011 e dipartimento funzione pubblica n.13/2010 evidenziano che la possibilità di passare dal secondo al terzo grado di assistenza si verifica anche nel caso in cui uno solo dei soggetti menzionati (coniuge, genitore) si trovi nelle descritte situazioni in quanto la legge prevede testualmente quanto segue *«qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti»*.

#### 6.9.4. Patologie invalidanti

Le circolari inps n. 155/2010, INPDAP n.1/2011 e dipartimento funzione pubblica n.13/2010 per **definire le** patologie invalidanti si riferiscono al testo del Decreto **Ministeriale 21 luglio 2000, n. 278** dove vengono così indicate:

- patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
- patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
- patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
- patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2, e 3 o per le quali il pro-

gramma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

Come espresso nella **Circolare INPDAP 14 febbraio 2011, n. 1** la sussistenza delle patologie invalidanti dovrà risultare da idonea documentazione medica che dovrà essere acquisita e valutata dall'ufficio di appartenenza del richiedente.

#### 6.9.5. Mancanti

Le circolari inps n. 155/2010, e INPDAP n.1/2011 e dipartimento funzione pubblica n. 13/2010 definiscono l'espressione "**mancanti**" che deve essere intesa non solo come situazione di **assenza** naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto), ma deve ricomprendere anche ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, continuativa e debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità, quale: divorzio, separazione legale o abbandono, risultanti da documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità.

#### 6.9.6. Convivenza - Continuità - Esclusività

L'art. 19 della legge 53/2000 ha eliminato il requisito della convivenza con la persona da assistere.

Con l'entrata in vigore della legge 183/2010 non sono più richiesti i requisiti di esclusività e continuità dell'assistenza.

#### 6.9.7. Requisiti

È **necessario** che il familiare da assistere:

- sia in possesso della certificazione di portatore di handicap in **condizioni di gravità** (art. 3 - comma 3 della legge 104/92) rilasciata dalla apposita commissione operante presso l'Azienda U.S.L. di residenza dell'interessato;
- non sia ricoverato a tempo pieno.

#### 6.9.8. Ricovero a tempo pieno

Le circolari inps n. 155/2010, INPDAP n.1/2011 e dipartimento funzione pubblica n.13/2010 chiariscono che per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore e che il ricovero rilevante ai fini della norma è quello che avviene presso le strutture ospedaliere o comunque le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria. In linea con orientamenti applicativi già emersi anche per il lavoro nel settore privato, si precisa che fanno eccezione a tale presupposto le seguenti circostanze:

- interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

La ricorrenza delle situazioni eccezionali di cui sopra dovrà naturalmente risultare da idonea documentazione medica che l'amministrazione è tenuta a valutare.

#### 6.9.9. Referente unico

Come già evidenziato, secondo la legge 183/2010 può usufruire del trasferimento il lavoratore che può godere dei permessi. Il diritto ai permessi non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per la stessa persona con handicap in situazione di gravità.

In base alla legge viene individuato un unico referente per ciascun disabile, trattandosi del soggetto che assume «il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il coordi-

namento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito» come viene definito nel parere del Consiglio di Stato, n. 5078 del 2008.

Il regime del referente unico prevede una deroga in caso dei genitori di figli con grave disabilità. L'assistenza nei confronti del figlio disabile gode di un regime più flessibile e le norme specifiche derogano al "regime del referente unico" che è stato illustrato nel paragrafo precedente. Infatti, secondo quanto previsto dal nuovo comma 3 dell'art. 33, l'assistenza può essere prestata alternativamente da entrambi i genitori, anche adottivi *che possono fruirne alternativamente*.

In base al nuovo dettato normativo, sembrerebbe così che il principio del referente unico sia esteso anche al trasferimento di sede, ma le circolari esplicative emanate da INPS, INPDAP e Dipartimento della Funzione Pubblica non chiariscono questo aspetto e sono in generale piuttosto scarse di indicazioni sul diritto alla scelta ed al trasferimento della sede di lavoro.

Si sottolinea, inoltre, che:

- il diritto di scegliere, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere domicilio, può valere soltanto nell'ambito della medesima amministrazione o ente di appartenenza (Circolare Ministero per la Funzione Pubblica n. 90543/7/448 del 26 giugno 1992) - per esempio non è possibile invocare la legge 104 per essere trasferiti da una azienda U.S.L. ad un'altra o da un Comune ad un altro, in questi casi può essere utilizzato l'istituto della mobilità nella pubblica amministrazione;

- il diritto al trasferimento di sede può valere solo nel caso in cui esista il posto vacante nella sede di destinazione richiesta (Parere del Consiglio di Stato n. 1813 del 10 dicembre 1996, Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica 6 dicembre 2010, n.13);

- molte pubbliche amministrazioni (per esempio scuola, guardia di finanza) hanno ulteriormente precisato i criteri per fruire di tale agevolazione. Pertanto, è sempre opportuno verificare quanto specificamente previsto dal contratto di lavoro e dai regolamenti di categoria.

La Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale n. 28 del 1993 precisa che la locuzione “ove possibile”, in merito al diritto di scelta della sede di lavoro, è da intendersi nel senso che il datore di lavoro può frapporre un rifiuto solo per motivate esigenze di organizzazione aziendale; **il diritto di non essere trasferito senza esplicito consenso** ad altra sede costituisce, invece, un diritto incondizionato, nel senso che **non è soggetto a verifica** di compatibilità con le esigenze organizzative e produttive dell’impresa.

La **circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 13 del 2010** emanata a seguito della legge 183/2010 recita testualmente: «È opportuno segnalare che la norma, rispondendo all’esigenza di tutela del disabile, accorda al lavoratore un diritto, che può essere mitigato solo in presenza di circostanze oggettive impeditive, come ad esempio la mancanza di posto corrispondente nella dotazione organica di sede, mentre non può essere subordinato a valutazioni discrezionali o di opportunità dell’amministrazione».

L’INPDAP, nella circolare n. 34 del 2000 prevede che:

- il diritto alla sede più vicina presuppone l’esistenza (vacanza organica) del posto nella sede in cui si intende essere assegnati o rimanere;

- il diritto al trasferimento o alla permanenza in sede è subordinato all’assistenza di un soggetto con grave handicap; pertanto, se questi non versa nelle condizioni di gravità, ex art. 3, 3° comma, L. 104/92, il diritto non è riconosciuto;

- lo stesso diritto viene meno nel caso in cui cessino i presupposti (ad es. morte dell'assistito o mutamento delle condizioni sanitarie), con conseguente revoca del provvedimento.

Si rileva infine che:

- Il **Consiglio di Stato** in diversi pronunciamenti ha ribadito che la normativa trova diretto fondamento in principi di rango costituzionale con carattere derogatorio rispetto all'ordinaria procedura delle assegnazioni di sede e dei trasferimenti e che non è consentito l'obbligo di permanenza per alcuni anni nella prima sede di assegnazione (Parere del Consiglio di Stato n. 1813 del 10 dicembre 1996);

- nel **parere n. 1623 del 17 ottobre 2000 il Consiglio di Stato** ha stabilito che, nel caso in cui il concorso sia stato bandito per una determinata circoscrizione territoriale, il posto presso diversa circoscrizione non può considerarsi disponibile per i vincitori del concorso e quindi, di massima non può essere utilizzato per le esigenze di tutela soddisfatte dalla legge 104/92.

Si ritiene inoltre opportuno segnalare alcuni pronunciamenti della **Corte di Cassazione** ed in particolare:

- sentenze n. 12692 del 29/08/2002 e n. 22323 del 3/11/2010 in cui si afferma che l'esercizio di questo diritto deve essere compatibile con l'interesse comune e non può avvenire a discapito delle esigenze economiche ed organizzative del datore di lavoro;

- n. 23526 del 2 novembre 2006 in cui si afferma che nel caso in cui un lavoratore pubblico con una situazione familiare già esistente che dà diritto ai permessi *ex lege* n. 104/1992, accetti un posto di lavoro fuori dalla propria sede e, di conseguenza, venga li trasferito, non può rivendicare, in via prioritaria, il trasferimento nella vecchia sede per assistere il familiare handicappato ribadendo quanto già chiarito con la precedente sentenza n. 3027 del 29 marzo 1999 secondo cui, in materia di assistenza alla persona

handicapata, la norma di cui all'articolo 33 comma 5 della legge 104/92, sul diritto del genitore o familiare lavoratore – che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato – di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio, non è applicabile nel caso in cui la convivenza sia stata interrotta per effetto dell'assegnazione, al momento dell'assunzione, della sede lavorativa e il familiare tenda successivamente a ripristinarla attraverso il trasferimento in una sede vicina al domicilio dell'handicappato.

#### 6.9.10. *Procedura per la richiesta*

La domanda deve essere rivolta al datore di lavoro, allegando:

- **la certificazione di handicap grave** e dichiarazione di non ricovero del familiare da assistere.

#### 6.9.11. *Normativa di riferimento*

- **Legge 5 febbraio 1992, n. 104** - “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate;

- **Circolare Ministero per la Funzione Pubblica 26 giugno 1992, n. 90543/7/448** - “Applicazione degli articoli 22 e 33 della legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (legge 5 febbraio 1992, n. 104). Criteri illustrativi”;

- **Circolare Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 15 marzo 1993, n. 28** - “Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate; art. 33 (agevolazioni)”;

- **Parere Consiglio di Stato del 10 dicembre 1996, n. 1813** - “Quesito concernente l'applicazione della legge 5 febbraio 1992 n. 104 (assistenza delle persone handicappate)”;

- **Sentenza Corte di cassazione n. 3027 del 29 marzo 1999** - Il lavoratore ha diritto di ottenere, ove possibile, l'avvicinamento

al parente portatore di handicap da lui assistito - Se un provvedimento del datore di lavoro interrompe la convivenza [N.d.A.];

- **Legge 8 marzo 2000, n. 53** - “Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città” - art. 19

- **Circolare INPDAP 10 luglio 2000, n. 34** - “Legge quadro n. 104 del 5/2/1992 per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate. La disciplina di cui agli articoli 1, 3, 4, 33 e le innovazioni introdotte dagli articoli 19 e 20 della legge n. 53 del 8/3/2000”;

- **Parere del Consiglio di Stato del 17 ottobre 2000, n. 1623** - “Ministero delle Finanze - quesito concernente l’applicazione art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni ed integrazioni (assistenza alle persone handicappate) - Criteri interpretativi”;

- **Sentenza Corte di Cassazione del 29 agosto 2002, n. 12692** - La Cassazione afferma la necessità di un bilanciamento tra l’interesse del familiare all’assistenza continua alla persona portatrice di handicap ed altri interessi di rilevanza costituzionale sicché il riconoscimento del diritto del lavoratore familiare può, a seconda delle situazioni fattuali a fronte delle quali si intenda farlo valere, cedere a rilevanti esigenze economiche, organizzative e produttive dell’impresa [N.d.A.];

- **Sentenza Corte di Cassazione del 2 novembre 2006, n. 23526** - La Corte di Cassazione ha affermato che nel caso in cui un lavoratore pubblico con una situazione familiare già esistente che dà diritto ai permessi “ex lege” n. 104/1992, accetti un posto di lavoro fuori dalla propria sede e, di conseguenza, venga lì trasferito, non può rivendicare, in via prioritaria, il trasferimento nella vecchia sede per assistere il familiare handicappato;

- **Legge 4 novembre 2010, n. 183** - “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per

l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”;

- **Circolare INPS 3 dicembre 2010, n. 155** - “Legge n. 183 del 4 novembre 2010, art. 24. Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità”;

- **Parere del Consiglio di Stato, n. 5078 del 2008** - Ha definito il referente unico come: il soggetto che assume il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito;

- **Sentenza Corte di Cassazione del 3 novembre 2010, n. 22323** - La Cassazione ha affermato che il riconoscimento, in favore del lavoratore familiare di un disabile (articolo 33 della legge n. 104/1992) di scegliere la sede lavorativa più vicina al proprio domicilio e di non essere trasferito ad altra sede senza il suo consenso, presuppone, anche, l'attualità dell'assistenza e la compatibilità con l'interesse comune. L'esercizio di questo diritto non può essere fatto valere a danno delle esigenze economiche ed organizzative del datore di lavoro;

- **Circolare Dipartimento Funzione Pubblica 6 dicembre 2010, n.13** - “Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità - banca dati informatica presso il Dipartimento della funzione pubblica - legge 4 novembre 2010, n. 183, art. 24”.

- **Circolare INPDAP 14 febbraio 2011, n. 1** - “Legge 4 novembre 2010, n. 183, art. 24 - “Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità”.

6.9.12 - L'utilizzazione del permesso retribuito per finalità diverse dalla legge 104 può portare al licenziamento del lavoratore?

È bene ricordare che un utilizzo distorto dei permessi *ex lege* 104 costituisce, secondo un consolidato orientamento della Corte di cassazione (Cass. Sentenza 4 marzo 2014 n. 4984), una forma di abuso del diritto. Tale comportamento rappresenta una condotta idonea a ledere irrimediabilmente il vincolo di fiducia posto a fondamento del rapporto di lavoro.

Ne consegue che il datore di lavoro risulta legittimato ad intimare il licenziamento del lavoratore, poiché il comportamento del lavoratore che non utilizzi i permessi *ex lege* 104 secondo i fini previsti dalla normativa, ovvero per la assistenza e il sostegno dei portatori di handicap, determina un disvalore sociale tale da porre in dubbio, sul piano del rapporto di lavoro, la futura correttezza dell'adempimento in quanto sintomatica di certo atteggiarsi del lavoratore rispetto agli obblighi assunti contrattualmente (Cosi Cass. Sentenza 30 aprile 2015 n. 8784).

Va sul punto precisato, secondo la Cassazione, che il *decisum* della sentenza si fonda non sul tipo di assistenza prevista dalla legge "104" che il soggetto doveva fornire alla madre handicappata, quanto piuttosto sul rilievo della utilizzazione del permesso retribuito per finalità diverse da quelle per il quale il legislatore ha previsto il diritto al permesso retribuito.

## **7. "Semplificazione per i soggetti con invalidità" - Le recenti disposizioni dettate dal decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito definitivamente dalla legge 11 agosto 2014, n. 114.**

Il recente decreto legge 24 giugno 2014, n. 90. convertito con legge 11 agosto 2014, n. 114 e rubricato "Semplificazione

per i soggetti con invalidità”, reca le più interessanti disposizioni a tutela dei soggetti affetti da invalidità.

## 7.1. Rivedibilità e status

Nella normativa previgente alla legge 114/2014 lo status relativo alla minorazione civile e all’handicap (legge 104/1992) decadeva in occasione della scadenza dei relativi verbali di accertamento anche se l’interessato era in attesa di visita di revisione.

A causa dei ritardi “tecnici” di verifica della permanenza dei requisiti sanitari, all’indomani della scadenza eventualmente indicata nel verbale venivano sospese le provvidenze economiche (pensioni, assegni, indennità), si perdeva così il diritto alle agevolazioni lavorative (permessi e congedi) e non si poteva accedere ad altre agevolazioni quali, ad esempio, quelle fiscali finché non fosse stato definito un nuovo verbale di accertamento.

La novità introdotta dal Legislatore ex articolo 25, comma 6 bis è certamente una disposizione a favore del Cittadino: nel caso in cui sia prevista rivedibilità si conservano tutti i diritti acquisiti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura; la norma dispone infatti che: *“Nelle more dell’effettuazione delle eventuali visite di revisione e del relativo iter di verifica, i minorati civili e le persone con handicap in possesso di verbali in cui sia prevista rivedibilità conservano tutti i diritti acquisiti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura. La convocazione a visita, nei casi di verbali per i quali sia prevista la rivedibilità, è di competenza dell’Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)”*

Viene inoltre definita una volta per tutte la competenza della convocazione a visita nei casi di verbali per i quali sia prevista la rivedibilità: tocca all’INPS procedere alla convocazione (non all’ASL né al Cittadino).

Riassumendo:

	Ieri	Oggi
<i>Status di minorazione civile/o handicap nei casi di rivedibilità</i>	Si perdevano benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura alla data di scadenza del verbale e fino a nuovo accertamento	Non si perdono benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura in attesa di nuovo accertamento

## 7.2. Patente e guida

Un ulteriore profilo di novità riguarda la patente di guida. Sino ad oggi ottenere l'idoneità alla guida per una persona con disabilità non era un percorso agevole. L'idoneità e l'eventuale uso di particolari adattamenti vengono al momento stabiliti da una commissione medica locale di cui fanno parte un medico e un ingegnere della motorizzazione civile.

Segnatamente il secondo comma dell'articolo 25 della legge 114/2014 prevede che se nella prima visita di idoneità alla guida la commissione certifica che il conducente presenta una disabilità stabilizzata e non necessita di modifica delle prescrizioni o delle limitazioni in atto, i successivi rinnovi di validità della patente di guida potranno essere effettuati senza passare per la commissione, cioè come tutti gli altri "patentati" con un risparmio di tempo e di denaro. Inoltre la durata della patente è quella comunemente prevista per tutti (tre, cinque, dieci anni a seconda del tipo di patente e dell'età del conducente).

Sempre a proposito di patente di guida, si consideri che il secondo comma dell'articolo 25 ammette la possibilità per l'interessato di chiedere la presenza, nel corso della valutazione dell'idoneità, di un esperto di un'associazione di persone con disabilità da lui individuata.

Questa opportunità si aggiunge a quella già prevista di farsi accompagnare da un medico di fiducia.

Riassumendo:

	Ieri	Oggi
<i>Rinnovo dell'idoneità alla guida per patologia o menomazione stabilizzata</i>	Era necessario rivolgersi alla commissione medica locale con tempi di attesa e spese addizionali	È sufficiente rivolgersi ad un medico autorizzato (Agenzia pratiche, ASL...) come gli altri cittadini

### 7.3. Parcheggi

Il terzo comma dell'art. 25 della legge 114/2014 interviene in materia di gratuità dei parcheggi, modificando l'articolo 381 del Regolamento del codice della strada.

La nuova disposizione impone al Comune di stabilire, anche nell'ambito delle aree destinate a parcheggio a pagamento gestite in concessione, un numero di posti destinati alla sosta gratuita degli invalidi muniti di contrassegno superiore al limite minimo previsto dalla normativa vigente (1 posto ogni 50 o frazione di 50 posti disponibili). Questa indicazione, in precedenza, era facoltativa.

A contempo, lo stesso comma pone solo come facoltà, e non obbligo, per i Comuni di prevedere la gratuità della sosta per gli invalidi nei parcheggi a pagamento qualora risultino già occupati o indisponibili gli stalli a loro riservati, cercando di modificare l'orientamento ormai consolidatosi della giurisprudenza in materia di parcheggi e disabilità (cfr. capitolo successivo).

## 7.4. Certificati provvisori e agevolazioni lavorative

Molto interessante anche il quarto comma del quale vanno spiegate le premesse.

La normativa vigente in materia di agevolazioni lavorative (permessi mensili e congedi biennali retribuiti) pone come condizione ineludibile la presentazione del verbale di handicap con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, legge 104/1992) e non ammette l'equipollenza di altre certificazioni di invalidità.

L'articolo 2, comma 2 del decreto-legge 27 agosto 1993, n. 324 (convertito alla legge 27 ottobre 1993, n. 423) prevede che qualora la commissione medica non si pronunci entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, l'accertamento dell'handicap può essere effettuato dal medico, in servizio presso l'Azienda Usl che assiste il disabile, specialista nella patologia dalla quale è affetta la persona con disabilità. L'accertamento produce effetti, ai fini della concessione dei benefici previsti dall'articolo 33, sino all'emissione del verbale da parte della commissione medica. Questa eccezione, tuttavia, oltre a comportare comunque una visita (quella specialistica) ulteriore, non risolve tutte le emergenze e la necessità di accedere in tempi rapidi alle agevolazioni lavorative.

Inoltre riguarda solo i permessi lavorativi (art. 33, legge 104/1992) e non anche i congedi (art. 42, decreto legislativo 151/2001).

Il quarto comma del decreto-legge 90/2014 risolve questi paradossi. Abbassa il limite di 90 giorni a 45, autorizza le Commissioni a rilasciare il certificato provvisorio (valido fino all'emissione di quello definitivo) già fine visita e, infine, estende la validità anche ai congedi retribuiti (quelli fino a due anni di astensione).

Ciò comporta un'accelerazione dei procedimenti e delle istanze presentate dal cittadino nonché e un risparmio di tempo e di denaro per richiedere la visita di uno specialista.

Lo stesso comma inoltre abbassa anche a **novanta giorni** (dalla data di presentazione della domanda) il tempo massimo entro cui la Commissione ASL deve pronunciarsi rispetto allo status di handicap (art. 3, legge 104/1992). Si rammenta che una volta che la ASL ha perfezionato il verbale quest'ultimo deve essere trasmesso all'INPS per la convalida definitiva.

Riassumendo:

	Ieri	Oggi
<i>Certificato provvisorio di handicap grave finalizzato alle agevolazioni lavorative</i>	Era da richiedere ad un medico specialista non prima che siano trascorsi 90 giorni dalla domanda di accertamento. La Commissione ASL non era autorizzata formalmente al rilascio di un certificato provvisorio al termine della visita di accertamento. Valido solo per i permessi (art. 33, legge 104/1992)	Da richiedere ad un medico specialista non prima che siano trascorsi 45 giorni dalla domanda di accertamento. La Commissione ASL è autorizzata al rilascio di un certificato provvisorio al termine della visita di accertamento. Valido per i permessi (art. 33, legge 104/1992) e per i congedi (d. lgs. 151/2001)
<i>Tempi massimi per la definizione dei verbali da parte della Commissione ASL</i>	<b>180 giorni</b>	<b>90 giorni</b>

## 7.5. Neomaggiorenni titolari di indennità di accompagnamento e di frequenza

Particolare importanza rivestono i commi 5 e 6 della novella legislativa.

Partendo dall'indennità di accompagnamento, fino ad oggi un minore titolare di indennità di accompagnamento per una grave disabilità, anche se stabilizzata e ingravescente, era comunque costretto al compimento della maggiore età ad una nuova valutazione dell'invalidità (o cecità o sordità) altrimenti gli veniva revocata l'indennità e conseguentemente non gli veniva concessa la pensione in quanto maggiorenne.

Una contraddizione per una normativa che ha già tentato di contenere le visite di revisione inutili.

Il comma 6 dell'art. 25 stabilisce finalmente che al minore titolare di indennità di accompagnamento per invalidità civile, o cecità o di comunicazione per sordità *«sono attribuite al compimento della maggiore età le prestazioni economiche erogabili agli invalidi maggiorenni, senza ulteriori accertamenti sanitari»*.

Nel testo convertito in legge è stato anche soppresso l'obbligo, inizialmente previsto nel decreto di legge, di presentare una domanda amministrativa: la concessione avverrà **pertanto** in automatico.

Il testo dell'articolo (seconda parte del comma 6) reca una imperfezione che non ne altera lo spirito: il richiamo anche alle patologie di cui all'articolo 42-ter, comma 1, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, articolo modificato dallo stesso nuovo decreto 90/2014.

Il comma 5 che interessa i minori titolari di indennità di frequenza.

Costoro, presentando una domanda in via amministrativa entro i sei mesi antecedenti il compimento della maggiore età, ottengono in via provvisoria, già al compimento del diciottesimo

anno di età, le prestazioni erogabili agli invalidi maggiorenni (verosimilmente solo la pensione o l'assegno). Rimane fermo, al raggiungimento della maggiore età, l'accertamento delle condizioni sanitarie e degli altri requisiti previsti dalla normativa di settore.

Su tale ultimo aspetto INPS - con messaggio n. 6512 dell'8 agosto 2014 - ha già fornito le conseguenti indicazioni operative, rendendo disponibile sul proprio sito anche i relativi moduli per la domanda amministrativa.

Riassumendo:

	Ieri	Oggi
<i>Neomaggiorenni titolari di indennità di accompagnamento</i>	Venivano sottoposti a nuova visita al compimento del 18 anno di età	Non vengono sottoposti a nuova visita al compimento del 18 anno di età; le provvidenze vengono concesse in automatico
<i>Neomaggiorenni titolari di indennità di frequenza</i>	Venivano sottoposti a nuova visita al compimento del 18 anno di età	Vengono sottoposti a nuova visita al compimento del 18 anno di età, ma in attesa della visita vengono concesse, su domanda, le provvidenze per invalidità civile spettanti ai maggiorenni

## 7.6. Rivedibilità

L'attuale scrittura del comma 7 è praticamente neutra, cioè non produce al momento alcun effetto e, forse andrà corretta o raf-

forzata in sede di conversione in legge. Sopprime infatti un periodo della legge 9 agosto 2013, n. 98 relativo alle visite a campione (Piani straordinari) che prevedeva di non sottoporre a controllo gli invalidi in particolari situazioni. L'abrogazione, al momento, non appare sufficiente ad evitare, come voluto, disagi ai cittadini.

Storica invece l'abrogazione disposta dal comma successivo.

La legge 9 marzo 2006, n. 80 affronta il problema della ripetizione delle visite di accertamento per soggetti che hanno patologie o menomazioni stabilizzate e non reversibili.

La norma prevede, modificando l'articolo 97, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione siano esonerati da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap, questo per evitare inutili duplicazioni di visite.

Quindi quella norma non estende il divieto di revisione anche a tutte le situazioni stabilizzate a meno che non godano dell'indennità.

Solo a titolo di esempio una persona con amputazione che non dà titolo all'indennità di accompagnamento, stando alla normativa vigente non rientra nelle previsioni dell'articolo 6 della citata Legge 80/2006.

L'articolo 25, comma 8 della legge 114/2014 abroga un periodo della norma originaria, eliminando il paradosso fra l'altro con una tecnica giuridica molto apprezzabile. D'ora in poi l'esonero dalla revisione riguarderà tutte le patologie stabilizzate, gravi o meno che siano.

Il periodo abrogato è infatti il seguente: «I soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione sono esonerati da ogni visita medica finalizza-

ta all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap».

Rimane in vigore solo il periodo successivo: «Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sono individuate, senza ulteriori oneri per lo Stato, le patologie e le menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione ed è indicata la documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare la minorazione».

Il vigente decreto interministeriale 2 agosto 2007 – che aveva elencato i gruppi di patologie esonerati da visita – è, a questo punto, da riscrivere almeno nella premessa.

	Ieri	Oggi
<i>Esonero dalla ripetizione di visite di verifica o di controllo</i>	Spettava alle persone con disabilità stabilizzata o inaggravante, solo se titolari di indennità di accompagnamento (invalidi, ciechi totali) o di comunicazione	Spetta alle persone con disabilità stabilizzata o inaggravante, anche se non titolari di indennità di accompagnamento (invalidi, ciechi totali) o di comunicazione

## 8. Lavoro e collocamento obbligatorio

Con la **legge n. 68 del 1999** (“Norme per il diritto al lavoro dei disabili”) il legislatore ha promosso l’inserimento e l’integrazione lavorativa delle persone con disabilità nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Si tratta di una disciplina frutto della precedente legge n. 482 del 1968, dei continui insegnamenti giurisprudenziali dettati dalla esperienza dei casi

La novità risiede nel nuovo principio di “**collocamento mirato**” previsto all’art. 2 della legge citata, finalizzato alla collocazione delle persone con disabilità in impieghi compatibili con le proprie condizioni di salute e capacità lavorative, in modo da realizzare un inserimento proficuo tale da soddisfare da un lato le esigenze del soggetto e dall’altro le esigenze produttive dell’azienda. L’art. 2 della legge 68/99 prevede quanto segue: *«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».*

Sono soggetti agli obblighi di cui all’art.3 della L. n. 68/99 tutti i datori di lavoro pubblici e privati che occupano almeno **15 dipendenti**. I datori di lavoro devono presentare agli uffici competenti la **richiesta di assunzione entro sessanta giorni** dal momento in cui sono obbligati all’assunzione dei lavoratori disabili.

I datori di lavoro obbligati all’assunzione di lavoratori disabili devono tener presente che con sentenza n. **18203 del 21 agosto 2006**, la Cassazione è intervenuta sull’assunzione di un invalido civile avviato dagli organi del collocamento obbligatorio sotto la vigenza della legge n. 482/1968, ora abrogata per effetto della legge n. 68/1999 che si basa su altri presupposti. La Su-

---

concreti, e, quindi, della necessità di conciliare il diritto al collocamento dei disabili con le esigenze del mercato del lavoro improntate ai rigidi schemi della domanda e dell’offerta.

prema Corte, partendo dalla constatazione che l'impresa aveva rifiutato l'avviamento in quanto il lavoratore non sapeva usare il computer e non conosceva il tedesco e la lingua inglese, e che la stessa aveva dichiarato come inesistenti posizioni di lavoro cui lo stesso poteva essere adibito, ha osservato che "l'ordinamento prevede assunzioni obbligatorie presso le Pubbliche Amministrazioni e le aziende private di lavoratori appartenenti ad alcune categorie meno favorite sul mercato del lavoro (...) come onere di solidarietà sociale". «La libertà di scelta del datore di lavoro era limitata in quanto poteva soltanto pretendere l'invio obbligatorio di disabili appartenenti alla categoria degli operai o a quella degli impiegati» (tale concetto è superato, oggi, dai meccanismi e dagli strumenti previsti dalla legge n. 68/1999). La Corte ha, inoltre, affermato che l'impresa, pur non essendo tenuta a modificare la propria organizzazione, deve tener conto dell'obbligo di assumere lavoratori appartenenti alle categorie protette.

### **8.1. Quali formalità sono necessarie per l'instaurazione del rapporto lavorativo e che tipologia contrattuale può essere utilizzata?**

Ai lavoratori avviati mediante il cd. collocamento obbligatorio vanno applicate le norme valide per la generalità dei lavoratori, quindi dovrà essere effettuata la comunicazione di assunzione telematica entro il giorno antecedente l'instaurazione del rapporto di lavoro utilizzando il modello UNILAV.

L'assunzione dei lavoratori iscritti nelle categorie protette può avvenire con qualsiasi tipologia contrattuale, compreso il contratto a tempo determinato.

## 8.2. È possibile pattuire un periodo di prova al contratto di lavoro con un disabile?

Al contratto di lavoro del disabile è legittimo apporre un periodo di prova, così come confermato dalla Corte costituzionale, sentenza n. 255 del 18.5.1989 (anche se a proposito della legge n. 482/1968), ma, in questo caso l'esperienza deve riguardare mansioni compatibili con lo stato di invalidità o di minorazione fisica del lavoratore e l'esito della prova non deve essere assolutamente influenzato da considerazioni di minor rendimento dovute all'infermità o alle minorazioni.

Corte Costituzionale sentenza n. 255 del 18 maggio 1989. Si rileva, quindi, che, per gli invalidi civili e assimilati, il rapporto di lavoro ha il suo titolo costitutivo non già nell'atto di avviamento al lavoro dell'autorità amministrativa ma nell'atto negoziale in cui si concreta l'assunzione la quale, pur essendo vincolata all'esterno per il profilo del previsto obbligo a contrarre, è compiuta nell'ambito dell'autonomia privata mediante un atto di volontà delle parti, cioè mediante un contratto. La sua stipulazione è resa necessaria anche dal fatto che la richiesta all'autorità amministrativa è numerica e non contiene alcuna specificazione, onde tutte le modalità relative allo svolgimento del rapporto (orario, mansioni, qualifica ecc.) devono essere stabilite successivamente con un atto bilaterale. La stessa legge non contiene alcuna prescrizione particolare e specifica in ordine al contenuto del rapporto. Occorre, peraltro, salvaguardare l'autonomia delle parti e l'iniziativa dell'imprenditore, sia pure nei limiti fissati dall'art. 41 della Costituzione. Questa Corte ha già esaminato (ordinanza n. 872/1988) la questione della legittimità costituzionale delle stesse norme come interpretate dalla Corte di Cassazione ed ora di nuovo denunciate, e ne ha dichiarato la manifesta infondatezza. Non sussiste alcun impedimento che vieta la previsione o per contratto collettivo o per patto in-

tervenuto tra le parti, da includersi nel contratto, del patto di prova, da stipularsi per atto scritto, ex art. 2096 c.c.

Il lavoratore può rifiutarsi di sottoporsi alla prova adducendo un giusto o un giustificato motivo. Il rifiuto è soggetto al sindacato del giudice. Se esso risulta ingiustificato, il datore di lavoro è liberato dall'obbligo della stipulazione; in caso contrario (sussistenza del giusto o giustificato motivo) il datore di lavoro deve egualmente stipulare il contratto di lavoro. Inoltre, l'esperimento deve riguardare mansioni compatibili con lo stato di invalidità o di minorazione fisica del lavoratore e l'esito della prova non deve essere assolutamente influenzato da considerazioni di minor rendimento dovute alla infermità o alle minorazioni. Infine, il recesso del datore di lavoro deve avere una adeguata motivazione.

In caso di controversia, la corretta conduzione e il corretto espletamento della prova sono soggetti al sindacato del giudice al quale potrà rivolgersi il lavoratore che ritiene lesa il proprio diritto.

### 8.3. Può un lavoratore disabile assunto ex l. n. 68/1999 essere licenziato?

Con una recente pronuncia, ancorché non riferita alle assunzioni effettuate ex lege n. 68/1999, la Cassazione ha ritenuto che **“Il licenziamento dell'invalido assunto in base alla normativa sul collocamento obbligatorio segue la generale disciplina normativa e contrattuale sol quando è motivato dalle comuni ipotesi di giusta causa e giustificato motivo, mentre quando è determinato dall'aggravamento dell'infermità che ha dato luogo al collocamento obbligatorio, è legittimo solo in presenza delle condizioni previste dall'art. 10, legge n. 482/1968, ossia la perdita totale della capacità lavorativa o la situazione di pericolo per la salute e l'incolumità degli altri lavoratori o per la sicurezza degli impianti, accertati dall'apposita commissione medica;**

*nel caso in cui all'invalido risulti una capacità lavorativa, inoltre, sussiste in capo al datore di lavoro l'obbligo di adibirlo a mansioni equivalenti o anche inferiori compatibili con il nuovo stato dell'infermità, se la struttura organizzativa dell'azienda e la situazione dell'organico aziendale lo consentono.*

A tal fine, deve ritenersi che il giudizio della commissione medica di cui all'art. 20 della legge n. 482/1968 non possa essere limitato alle mansioni in precedenza espletate dall'invalido, ma debba essere esteso anche alle altre mansioni allo stesso affidabili nell'ambito dell'azienda e che il licenziamento sia giustificato solo nel caso in cui la **pericolosità**, per le persone e per gli impianti, sia riferibile a tutte le mansioni in concreto affidabili all'invalido”.

#### **8.4. Licenziamento dell'invalido e onere della prova dell'impossibilità di altra utilizzazione**

Secondo il costante insegnamento della giurisprudenza di legittimità, nel caso di licenziamento di un invalido per mancanza di posti compatibili con la sua menomazione (Cass. n. 24091 del 2009), l'onere probatorio gravante sul datore di lavoro riguarda l'impossibilità di utilizzare il prestatore di lavoro licenziato in altre mansioni compatibili con la qualifica rivestita (*ex multis*, Cass. civ., sez. lav., 29 marzo 1999, n. 3030; Cass. civ., sez. lav., 5 settembre 1997, n. 8555).

Per quanto riguarda i portatori di handicap, la legge n. 68/1999 presenta una stretta connessione con la legge 5 febbraio 1992 n. 104, la quale tende al concreto inserimento dei soggetti svantaggiati nel mondo del lavoro anche attraverso una specifica attività formativa demandata alle regioni e, in generale, con la promozione di ogni attività idonea a favorire l'inserimento e l'integrazione lavorativa dei soggetti portatori di handicap.

È stato altresì chiarito che la prova dell'impossibilità di utilizzare altrimenti il lavoratore deve essere riferita all'intera azienda (Cass. civ., sez. lav., 21 febbraio 1998, n. 1891), con la possibilità di ridistribuire gli incarichi tra i lavoratori già in servizio

### **8.5. Quando il datore di lavoro può rifiutarsi di assumere un invalido?**

Costituisce principio consolidato nella giurisprudenza della Corte di cassazione quello secondo il quale, mentre le norme sul collocamento ordinario prevedono che la richiesta dell'imprenditore deve essere numerica per categoria e qualifica professionale e correlativamente gli iscritti nelle liste sono suddivisi per classi, settori di produzione, categorie e qualifiche, viceversa, la disciplina del collocamento obbligatorio prescrive soltanto che la richiesta sia numerica (e solo eccezionalmente nominativa), senza però prevedere ulteriori specificazioni in ordine alla professionalità del lavoratore che l'imprenditore intende assumere.

Pertanto, ove il datore di lavoro abbia fatto richiesta di avviamento (obbligatorio) di un lavoratore invalido (od assimilato) aventi specifiche attitudini lavorative, l'U.P.I.m.o., può soltanto individuare in quale delle due fondamentali categorie professionali (impiegatizia od operaia) previste dall'art. 2095 cod. civ. tali attitudini siano inquadrabili e provvedere in conformità di tale generico inquadramento. Da tanto consegue che nell'ipotesi di divergenza tra la categoria indicata nella richiesta e quella di appartenenza del lavoratore avviato non viene ad esistere il diritto soggettivo di quest'ultimo ad essere assunto dall'impresa destinataria dell'ordine di assegnazione e diventa legittimo l'eventuale rifiuto dell'imprenditore di assumere il lavoratore avviato che non rientri nella generale categoria professionale risultante dalla richiesta (Cass. 3 luglio 1987 n. 5828 e nello stesso senso sostan-

zialmente Cass. 10 aprile 1990 n. 3030, Cass. 20 agosto 1993 n. 8824 nonché Cass. 23 novembre 1998 n. 11877)<sup>8</sup>.

## 9. La somministrazione di farmaci ed enzimi a scuola

Con la nota n. 2312 congiunta Miur e Ministero della salute del 25 novembre 2005 sono state predisposte le raccomandazioni comprendenti le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

In queste linee guida è segnatamente disposto che la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia). I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

a) effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;

b) concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;

c) verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati. Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed Ata che abbia seguito i corsi

---

<sup>8</sup> Cassazione 06 marzo 2013, n. 5546.

di pronto soccorso ai sensi del decreto legislativo n. 626/94. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed Ata, anche in collaborazione con le AUSL e gli assessorati per la salute e per i servizi sociali e le associazioni. Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i dirigenti scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni. Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i dirigenti scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti assessorati per la salute e per i servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso ad enti ed associazioni di volontariato.

## **10. Fibrosi cistica e diritto alla libera circolazione e alle agevolazioni fiscali**

### **10.1. Libera circolazione**

#### *10.1.1. La normativa attualmente vigente*

Partendo dalle disposizioni costituzionali, sono sicuramente elencabili tra le fonti della materia in esame, gli art 2, 3 e 24 della Costituzione che stabiliscono il riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo e l'adempimento in capo allo Stato dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

L'art. 3 Cost. riconosce la pari dignità sociale e l'uguaglianza di tutti i cittadini nei confronti della legge, senza distinzione di condizioni personali e sociali, oltre che di razza, di sesso, di lingua, di religione e di opinioni politiche, ed infine l'art. 24 Cost. offre a tutti la possibilità di agire in giudizio per la tutela dei propri diritti e interessi legittimi.

In particolare vi sono inoltre gli articoli **188 del Codice della strada** ed il **381 del relativo Regolamento di esecuzione**, il decreto del Presidente della Repubblica n. 503 del 1996, "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici", nonché il Decreto del Ministero dei Lavori Pubblici del **14 giugno 1989, n. 236**, recante "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche". Tali disposizioni costituiscono le fonti che disciplinano la materia della circolazione dei disabili, fornendo gli strumenti che facilitano la loro mobilità.

L'art. 188 comma 1 del Codice della strada costituisce una norma importantissima, di diretta derivazione dei principi costituzionali, stabilendo che: ***“gli enti proprietari della strada sono tenuti ad allestire e mantenere strutture e segnaletica necessarie per consentire ed agevolare la mobilità delle persone disabili, conservandone la funzionalità e l'efficienza, a tal fine le strutture predisposte devono essere espressamente indicate tramite l'apposito segnale di “simbolo di accessibilità”***. Di diretta derivazione della norma in questione poi sono le disposizioni di cui all'art. 10 del DPR 503/96 e gli artt. 4 e 8 del decreto 236/89, già citati, in base ai quali nelle aree di parcheggio devono essere previsti, nella misura minima di 1 ogni 50 o frazione di 50, posti auto di larghezza non inferiore a m 3,20, e riservati gratuitamente ai veicoli al servizio di persone disabili.

Detti posti auto, opportunamente segnalati, sono ubicati in aderenza ai percorsi pedonali e nelle vicinanze dell'accesso dell'edificio o attrezzatura. Si considera accessibile un parcheggio se collegato alle aree pedonali da rampe o idonei apparecchi di sollevamento. Lo spazio riservato alla sosta delle autoveicoli al servizio delle persone disabili deve avere dimensioni tali da consentire anche il movimento del disabile nelle fasi di trasferimento e deve essere evidenziato con appositi segnali orizzontali e verticali.

Detti posti auto riservati dovrebbero essere dotati, preferibilmente, di copertura.

I soggetti legittimati ad usufruire di tali strutture, sono autorizzati tramite la concessione di una particolare autorizzazione denominata contrassegno per auto, che consiste in un tagliando di colore arancione riportante il simbolo grafico della disabilità. Il contrassegno ha validità sull'intero territorio nazionale e consente alle persone disabili di usufruire di facilitazioni sia nella circolazione che nella sosta dei veicoli al loro servizio. La competenza al rilascio è del Comune di residenza ed è effettuata previo accertamento medico dei requisiti fisici necessari per l'ottenimento dell'autorizzazione, ossia difficoltà motorie e di deambulazione e cecità.

Il contrassegno ha una **validità temporale di 5 anni**, ed è soggetto al rinnovo anche se la disabilità è permanente. Il contrassegno può essere rilasciato anche a tempo determinato per un periodo inferiore ai 5 anni se la persona interessata presenta una **riduzione della capacità di deambulazione soltanto temporanea**. Il contrassegno è un atto autorizzatorio non vincolato ad uno specifico veicolo, ha natura strettamente personale, quindi può essere utilizzato su qualunque mezzo destinato alla mobilità del disabile. Essendo l'obiettivo principale quello di agevolare la mobilità della persona disabile interessata, il rilascio del contrassegno prescinde dalla titolarità sia di una patente di guida e dalla proprietà di un veicolo. Data la natura strettamente personale

deve essere restituito all'ufficio competente che lo ha rilasciato, sia in caso di decesso che di perdita dei requisiti del titolare ed anche nel caso di scadenza del termine di validità.

Esistono due condizioni fondamentali per l'utilizzo del contrassegno che sono la presenza a bordo del veicolo dell'intestatario del contrassegno (anche se costui può essere indifferentemente alla guida del veicolo stesso o essere un terzo trasportato) e l'esposizione del contrassegno stesso in originale sul parabrezza del veicolo. Soltanto la presenza effettiva a bordo del veicolo della persona disabile e l'esposizione del titolo autorizzano la concessione delle particolari agevolazioni offerte ai disabili in deroga alle usuali norme della circolazione stradale. Di conseguenza il titolare di un veicolo sprovvisto del contrassegno che subisce l'applicazione di una eventuale sanzione amministrativa da parte dell'agente accertatore, non può produrre successivamente il contrassegno al fine di ottenere l'annullamento della sanzione, anche se regolarmente titolare di un contrassegno auto.

Il contrassegno consente di parcheggiare negli appositi spazi riservati nei parcheggi pubblici e nelle aree di parcheggio a tempo determinato, senza obbligo del rispetto dei limiti di tempo. Inoltre consente di parcheggiare e di circolare nelle zone a traffico limitato e nelle aree pedonali urbane, quando è autorizzato l'accesso anche ad una sola categoria di veicoli adibiti a servizi di trasporto e pubblica utilità. L'esposizione del contrassegno permette la circolazione in caso di blocco, sospensione o limitazione della circolazione per motivi di sicurezza pubblica, di pubblico interesse e per esigenze di carattere militare oppure quando siano previsti obblighi e divieti (ad esempio le domeniche ecologiche o la circolazione per targhe alterne). Consente anche di parcheggiare nelle zone di divieto o di limitazione di sosta, purché il parcheggio non costituisca intralcio alla circolazione. Altre agevolazioni comportano la possibilità di circolare nelle vie e corsie preferenziali riservate ai mezzi di trasporto pubblico e ai taxi. Per

quanto riguarda la possibilità di circolare nelle ZTL, le modalità attraverso le quali ne viene autorizzato l'accesso ai veicoli variano a seconda del Comune di residenza: in alcuni casi è sufficiente l'esposizione del contrassegno mentre in altri, soprattutto se sono presenti varchi elettronici, bisogna preventivamente comunicare il numero della targa del veicolo.

Si tenga presente però che anche per i disabili esistono dei vincoli alla circolazione ed alla sosta derivati da regioni di sicurezza ed ordine pubblico, che sono quindi inderogabili in senso assoluto. Infatti in base al disposto dell'art. 158 del CdS, nessuno può sostare nei luoghi dove la sosta è vietata dalle principali norme di comportamento, cioè dove reca intralcio o pericolo per la circolazione. Non è quindi consentito sostare dove vige il divieto di sosta con rimozione forzata; dove vige il divieto di fermata; in corrispondenza di: passo carrabile, attraversamenti pedonali e ciclabili, ponti, dossi, cavalcavia, strettoie, passaggi a livello, gallerie, segnaletica verticale occultandone la vista, aree di fermata bus, corsie di scorrimento dei mezzi di trasporto pubblico; in corrispondenza o in prossimità delle intersezioni; in seconda fila, sui marciapiedi, contro il senso di marcia; nelle aree riservate ai mezzi di soccorso e di polizia; negli spazi per i mezzi pubblici. Non è consentito sostare, neanche ai possessori di contrassegno, negli spazi di parcheggio personalizzati "ad personam" cioè riservati ad un singolo titolare di concessione con apposita segnaletica recante il numero dell'autorizzazione, oltre al simbolo grafico della disabilità. Nel caso di commissione di una infrazione di tale portata, è sempre vietata la rimozione dei veicoli che espongono l'apposito contrassegno per disabili, ma si procederà all'applicazione della relativa sanzione pecuniaria (art. 354, comma 4, del Regolamento di esecuzione).

Dalla natura strettamente personale del contrassegno derivano delle conseguenze sul piano sanzionatorio, in particolare se il contrassegno è usato da persona che pur avendone diritto,

non osserva le condizioni ed i limiti indicati nell'autorizzazione stessa, si applicherà la sanzione da 39 a 159 euro (art. 188, comma 4, CdS). Invece chiunque usufruisce senza titolo delle strutture riservate alla circolazione e alla sosta delle persone disabili, o ne fa un uso improprio, è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da 80 a 318 euro. L'uso improprio ricorre anche nelle ipotesi di esposizione del contrassegno senza la presenza del titolare a bordo del veicolo.

Infine, sempre in materia di parcheggi per invalidi, è da segnalare il problema del parcheggio nelle aree a parcometro, le c.d. "strisce blu".

Con la ***Circolare del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti n. 107 del 2006***, è stata espressamente chiarita la gratuità dei parcheggi delimitati da segnaletica blu a pagamento, per due motivazioni: in primis appare iniquo richiedere il pagamento di una tariffa oraria a chi, trovando il parcheggio a lui riservato occupato, ne occupa un altro, tra l'altro, neanche attrezzato adeguatamente per soddisfare appieno le sue esigenze di deambulazione ridotta. In secondo luogo si è rilevato che quando non si è tenuti all'obbligo del rispetto dei limiti di tempo, la segnalazione dell'orario dell'inizio della sosta risulta priva di motivazione. Successivamente all'emanazione della suddetta circolare è intervenuta in materia la ***Cassazione con la sentenza 21271 del 2009*** stabilendo che: *"non può essere gratuita la sosta di un'auto al servizio di un disabile, se effettuata in uno spazio di sosta a pagamento, a causa dell'indisponibilità di uno degli stalli riservati gratuitamente ai disabili"*. Per la Cassazione la gratuità non è prevista e supportata da alcuna norma ed il riferimento alla suddetta circolare non assurge a rango di fonte di diritto. In particolare, i titolari del contrassegno godono di benefici in deroga alle regole di circolazione, che non comprendono l'obbligo del pagamento di una somma, che è un istituto diverso sia dai divieti che dalle limitazioni della sosta. In tale materia esiste soltanto il disposto di

cui all'art. 4 C.d.S., comma 4, lett. d), per il quale l'ente proprietario della strada può "vietare o limitare o subordinare al pagamento di una somma il parcheggio o la sosta dei veicoli", delegando in tal modo alla sola competenza comunale la possibilità di fissare le regole in ordine alla gratuità o meno della sosta.

Pertanto per la Cassazione non ha fondamento invocare a sostegno di una diversa interpretazione l'esigenza di favorire la mobilità delle persone disabili, in quanto dalla gratuità della sosta deriva soltanto un vantaggio economico, non un vantaggio in termini di mobilità. Il problema recentemente è stato oggetto di una risoluzione approvata dalla Commissione Trasporti alla Camera il 28 aprile 2011 con la quale si è impegnato il Governo a promuovere azioni da parte dei Comuni volte a prevedere la gratuità della sosta nei parcheggi a pagamento delimitati da strisce blu a vantaggio di disabili. In sostanza la risoluzione si appella al potere discrezionale dei Comuni richiamandoli al senso civico a fondamento dell'azione comunale nei confronti di una fascia della cittadinanza già duramente provata. Il problema della gratuità delle strisce blu è attualmente oggetto di proposte legislative emendative.

Sempre dello stesso avviso la **Cassazione civ., sez. II, 05/10/2009, n. 21271** per la quale: "Il disabile, detentore dello speciale contrassegno di cui all'art. 12 del d.P.R. 24 luglio 1996, n. 503, non è esentato dal pagamento della tariffa per il parcheggio dell'autovettura a suo servizio negli spazi di sosta in zona delimitata dalle c.d. "strisce blu", neppure ove siano indisponibili i posti riservati dall'art. 11, comma 5, del suddetto decreto. Infatti, gli artt. 11, comma 1, del citato d.P.R. e 188 comma 3, del codice della strada prevedono per i titolari di detto contrassegno esclusivamente l'esonero, rispettivamente, da divieti e limitazioni della sosta disposti dalle autorità competenti e dai limiti di tempo nelle aree di parcheggio a tempo determinato, non potendo invocarsi, a sostegno di una diversa interpretazione, l'esigenza di

favorire la mobilità delle persone disabili, poiché, dalla gratuità della sosta deriva un vantaggio meramente economico e non un vantaggio in termini di mobilità, che è invece favorita dalla concreta disponibilità delle aree di sosta”.

#### *10.1.2. Il malato di fibrosi cistica può godere del diritto al contrassegno?*

La normativa (articolo 381 del DPR 495/92 prima e articolo 1 del DPR 151/12 poi) individua nelle persone disabili con «capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta», e in quelle cieche (articolo 12 del DPR 503/96), i principali soggetti aventi diritto al contrassegno per auto al servizio delle persone con disabilità. È proprio l'espressione «**capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta**» a suscitare incertezze interpretative nei medici preposti a produrre le certificazioni per il rilascio dei contrassegni.

Ne consegue che, per alcuni, essa va intesa in senso restrittivo (e, dunque, solo come incapacità fisica di deambulare), per altri, in modo più ampio (sino ad includere, ad esempio, l'incapacità di uscire di casa in autonomia, senza la presenza costante di un accompagnatore). Accade così che persone disabili con difficoltà deambulatorie simili ottengano **valutazioni difformi e trattamenti diseguali**.

Pertanto, se normalmente il malato di Fibrosi cistica non presenta sensibili e determinate limitazioni di deambulazione, minorazioni che normalmente legittimano il rilascio del contrassegno e il godimento di tale diritto, tuttavia in caso di particolare aggravamento della malattia (un periodo in cui il malato necessita dell'ossigenoterapia oppure un periodo post trapianto) sarà sempre possibile presentare una specifica istanza alla ASL di competenza. Come sopra ricordato, il contrassegno può essere rilasciato anche a tempo determinato per un periodo inferiore ai 5 anni se la persona interessata presenta una **riduzione della capacità di deambulazione soltanto temporanea**, ne consegue che per ottene-

re l'autorizzazione sarà necessario produrre e allegare la documentazione medica necessaria a tale richiesta.

Infine, a partire dalla data del 15 settembre 2012, è stato introdotto con il Decreto del Presidente della Repubblica n.151 del 30 luglio 2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 2012 il nuovo contrassegno europeo, che è conforme al "contrassegno unificato disabili europeo" (CUDE) previsto dalla Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea 98/376/CE.

Il contrassegno europeo sarà quindi valido anche negli altri ventisette paesi aderenti all'UE, senza rischiare di subire multe o altri disagi per il mancato riconoscimento del documento rilasciato dall'autorità italiana.

## **10.2. Agevolazioni fiscali**

La normativa tributaria mostra particolare attenzione per le persone con disabilità e per i loro familiari, riservando loro numerose agevolazioni fiscali. Si cercherà di illustrare un quadro aggiornato delle varie situazioni in cui sono riconosciuti benefici fiscali in favore dei contribuenti portatori di disabilità, indicando con chiarezza le persone che ne hanno diritto. In particolare, sono spiegate le regole e le modalità da seguire per richiedere le agevolazioni di seguito indicate:

### *10.2.1. Agevolazioni per il settore auto*

#### *10.2.1.1. I soggetti che possono usufruire del diritto*

Possono usufruire delle agevolazioni:

1. Non vedenti e sordi.
2. Disabili con handicap psichico o mentale titolari dell'indennità di accompagnamento.

3. Disabili con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni.

4. Disabili con ridotte o impedito capacità motorie. I non vedenti sono le persone colpite da cecità assoluta o che hanno un residuo visivo non superiore a un decimo ad entrambi gli occhi con eventuale correzione.

Gli articoli 2, 3 e 4 della legge n. 138/2001 individuano esattamente le varie categorie di non vedenti, fornendo la definizione di ciechi totali, parziali e ipovedenti gravi. Per quanto riguarda i sordi l'art. 1 della legge n. 68/1999 definisce tali le persone colpite da sordità alla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata.

I disabili elencati ai punti 2 e 3 sono quelli che hanno un grave handicap (comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/1992), certificato con verbale dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap presso l'Asl.

In particolare, i disabili di cui al punto 3 sono quelli con handicap grave derivante da patologie (comprese le pluriamputazioni) che comportano una limitazione permanente della capacità di deambulazione.

I disabili indicati al punto 4 sono coloro che presentano ridotte o impedito capacità motorie ma che non risultano contemporaneamente "affetti da grave limitazione della capacità di deambulazione". Solo per quest'ultima categoria di disabili il diritto alle agevolazioni è condizionato all'adattamento del veicolo.

#### *10.2.1.2. La detrazione Irpef per i mezzi di locomozione*

##### *Spese di acquisto*

Per l'acquisto dei mezzi di locomozione il disabile ha diritto a una detrazione dall'Irpef. Per mezzi di locomozione si intendono le autovetture, senza limiti di cilindrata, e i veicoli usati o nuovi.

**La detrazione è pari al 19%** del costo sostenuto e va calcolata su una spesa massima di **18.075,99** euro. La detrazione spetta una sola volta (cioè per un solo veicolo) nel corso di un quadriennio (decorrente dalla data di acquisto). È possibile riottenere il beneficio, per acquisti effettuati entro il quadriennio, solo se il veicolo precedentemente acquistato viene cancellato dal Pubblico Registro Automobilistico (PRA), perché destinato alla demolizione. Il beneficio non spetta, invece, se il veicolo è stato cancellato dal PRA perché esportato all'estero (circ. dell'Agenzia delle Entrate n. 19/E del 2012). In caso di furto, la detrazione per il nuovo veicolo riacquistato entro il quadriennio spetta al netto dell'eventuale rimborso assicurativo e deve comunque essere calcolata su una spesa massima di 18.075,99 euro. Quando, ai fini della detrazione, non è necessario l'adattamento del veicolo, la soglia dei 18.075,99 euro vale solo per il costo di acquisto del veicolo: restano escluse le ulteriori spese per interventi di adattamento necessari a consentire l'utilizzo del mezzo (per esempio, la pedana sollevatrice). Per tali spese si può comunque usufruire di un altro tipo di detrazione, sempre del 19%, di cui si dirà più avanti. La detrazione può essere usufruita per intero nel periodo d'imposta in cui il veicolo è stato acquistato o, in alternativa, in quattro quote annuali di pari importo.

L'erede tenuto a presentare la dichiarazione dei redditi del disabile deceduto può detrarre in un'unica soluzione le rate residue.

Perdita dell'agevolazione.

In caso di trasferimento del veicolo, a titolo oneroso o gratuito, prima che siano trascorsi due anni dall'acquisto, è dovuta la differenza fra l'imposta dovuta in assenza di agevolazioni e quella risultante dall'applicazione delle stesse. Questa disposizione non si applica quando il disabile, a seguito di mutate necessità legate al proprio handicap, cede il veicolo per acquistarne un altro sul quale realizzare nuovi e di versi adattamenti.

## Spese per riparazioni

Oltre che per le spese di acquisto, la detrazione Irpef spetta anche per quelle di riparazione del mezzo. Sono esclusi, comunque, i costi di ordinaria manutenzione e i costi di esercizio (premio assicurativo, carburante, lubrificante). Anche in questo caso la detrazione è riconosciuta nel limite di spesa di 18.075,99 euro, nel quale devono essere compresi sia il costo d'acquisto del veicolo sia le spese di manutenzione straordinaria dello stesso.

### 10.2.1.3. L'esenzione permanente dal pagamento del bollo

È possibile essere esentati dal pagamento del bollo auto per gli stessi veicoli indicati nella tabella di pagina 5, con i limiti di cilindrata previsti per l'applicazione dell'aliquota Iva agevolata (2.000 centimetri cubici per le auto con motore a benzina e 2.800 centimetri cubici per quelle diesel).

L'esenzione spetta sia quando l'auto è intestata al disabile sia quando l'intestatario è un familiare del quale egli è fiscalmente a carico.

L'ufficio competente per la concessione dell'esenzione è l'ufficio tributi dell'ente Regione. Nelle regioni in cui tali uffici non sono stati istituiti l'interessato può rivolgersi all'ufficio territoriale dell'Agenzia delle Entrate.

Per la gestione delle pratiche di esenzione alcune regioni si avvalgono dell'Acì

### 10.2.1.4. L'agevolazione Iva

È applicabile l'Iva al 4% anziché al 22%, sull'acquisto di autovetture nuove o usate, aventi cilindrata fino a:

- 2.000 centimetri cubici, se con motore a benzina
- 2.800 centimetri cubici, se con motore diesel.

L'Iva ridotta al 4% è applicabile anche: all'acquisto contestuale di optional alle prestazioni di adattamento di veicoli non adattati, già posseduti dal disabile (e anche se superiori ai citati

limiti di cilindrata) alle cessioni di strumenti e accessori utilizzati per l'adattamento.

L'aliquota agevolata si applica solo per gli acquisti effettuati direttamente dal disabile o dal familiare di cui egli è fiscalmente a carico (o per le prestazioni di adattamento effettuate nei loro confronti). Restano esclusi dall'agevolazione, infatti, gli autoveicoli intestati ad altre persone, a società commerciali, cooperative, enti pubblici o privati (anche se specificamente destinati al trasporto di disabili).

L'Iva ridotta per l'acquisto di veicoli si applica, senza limiti di valore, per una sola volta nel corso di quattro anni (decorrenti dalla data di acquisto). È possibile riottenere il beneficio, per acquisti entro il quadriennio, solo se il primo veicolo beneficiario è stato cancellato dal PRA, perché destinato alla demolizione.

Il beneficio non spetta, invece, se il veicolo è stato cancellato dal PRA perché esportato all'estero (circ. dell'Agenzia delle Entrate n. 19/E del 2012). Perdita dell'agevolazione Se il veicolo è ceduto prima che siano trascorsi due anni dall'acquisto, va versata la differenza fra l'imposta dovuta in assenza di agevolazioni (22%) e quella risultante dall'applicazione delle agevolazioni stesse (4%), tranne nel caso in cui il disabile, in seguito a mutate necessità legate al proprio handicap, cede il veicolo per acquistarne un altro su cui realizzare nuovi e diversi adattamenti.

*10.2.2. Figli a carico (sono importi riferiti ad un'annualità, tipo il 2013, o valgono sempre?)*

Per ogni figlio portatore di handicap fiscalmente a carico spettano le seguenti detrazioni Irpef:

- **1.620 euro** se il figlio ha un'età inferiore a tre anni;
- **1.350 euro** se il figlio ha un'età pari o superiore a tre anni.

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

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

Bisogna comunque tener presente che una persona si considera fiscalmente a carico di un suo familiare quando dispone di un reddito complessivo non superiore a 2.840,51 euro.

#### *10.2.2.1. La maggiore detrazione per il figlio disabile*

Per il figlio disabile, riconosciuto tale ai sensi della legge n. 104 del 1992, si ha diritto **all'ulteriore importo di 400 euro**.

#### *10.2.3. La certificazione delle spese sanitarie e la valenza sanitaria*

I gestori, pubblici e privati, sono tenuti a rilasciare annualmente agli interessati una certificazione riportante la quota di spesa per l'assistenza medica e l'assistenza specifica prestata all'assistito ed intestata ai soggetti, assistito o famigliari, che ne hanno realmente sostenuto la spesa. Allo scopo l'Agenzia delle Entrate nella sua **circolare n. 39/E-2010** specifica che "nell'ipotesi in cui l'istituto di cura certifichi le spese deducibili indicando come unico intestatario della fattura il paziente ricoverato, il familiare che ha sostenuto effettivamente tutto o parte del costo, per poter dedurre le spese mediche e di assistenza specifica, dovrà integrare la fattura, annotando sulla stessa l'importo da lui versato. Naturalmente, resta fermo l'obbligo di produrre, in sede di controllo, tutta la documentazione comprovante il sostenimento della spesa". In pratica si tratta di annotare sulla certificazione annuale rilasciata dal gestore il nome, il cognome e il codice fiscale del familiare seguito dall'importo di spesa a valenza sanitaria da questo sostenuta; l'annotazione va ripetuta in presenza di più familiari che hanno sostenuto parte della spesa oppure se questa è stata pagata attraverso conti cointestati, in questo caso la spesa deducibile va suddivisa al 50%, salvo se il cointestatario è un familiare fiscal-

mente a carico nel qual caso la spesa può essere dedotta al 100% dal familiare cointestatario che l'ha a carico.

#### *10.2.3.1. La detrazione delle spese sanitarie*

I costi per le cure mediche e l'assistenza sanitaria (ad esempio, analisi, ausili, prestazioni chirurgiche o visite specialistiche, medicinali non rimborsabili, apparecchiature mediche, ecc.) possono essere detratte (scalate cioè dalle tasse da versare) nella misura del 19% sul totale delle spese sostenute. La detrazione è applicata per somme eccedenti la franchigia dei 129,11 euro.

Per i portatori di handicap e gli invalidi sono inoltre ammesse integralmente alla detrazione del 19%, quindi senza applicazione della franchigia dei 129,11 euro, le spese riguardanti i mezzi necessari all'accompagnamento, alla deambulazione e al sollevamento. La detrazione del 19% sull'intero importo delle suddette spese spetta anche al familiare del disabile se questo risulta fiscalmente a carico.

Il contribuente invece che nell'interesse di un familiare titolare di redditi tali da non poter essere considerato fiscalmente a carico, e cioè redditi bassi ma comunque non superiori a 2.840,51 euro, sostenga spese sanitarie relative a patologie esenti dal ticket (e che quindi possono riguardare anche i disabili), può considerare onere detraibile dall'Irpef la parte di spesa che non trova capienza nell'imposta dovuta dal familiare affetto dalle predette patologie. In questo caso, l'ammontare massimo delle spese sanitarie, sulle quali il familiare può fruire della detrazione del 19% (dopo aver tolto la franchigia di 129,11 euro), è pari a 6.197,48 euro.

#### *10.2.3.2. Detrazione retta della casa di riposo*

La retta di ricovero per il familiare invalido si ritiene formata da due voci distinte, la quota sanitaria e quella alberghiera. Per l'Agenzia delle Entrate può costituire voce deducibile solo la spesa

relativa all'assistenza medica e specifica prestata all'invalido. La Cassazione ha lasciato intendere, nella sentenza n. 201 del 2014, che siano necessari, ai fini della deducibilità delle spese di ricovero, accertamenti di fatto relativi all'effettiva riconducibilità delle spese affrontate dal contribuente "a spese mediche e di assistenza specifica", senza precisare la necessità di distinguere la voce di spesa per l'assistenza rispetto a quella di vitto e alloggio.

L'art. 10 del TUIR, nel corso degli anni, ha subito diverse modifiche. Per quel che qui interessa, il comma 1 dell'art. 10, alla lett. b), prevede la deducibilità "delle spese mediche e quelle di assistenza specifica necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione, sostenute dai soggetti indicati nell'articolo 3 della legge 3 febbraio 1992, n. 104", precisando, per l'acquisto dei medicinali, che esso deve essere certificato con fattura o scontrino fiscale, contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario.

**Familiare a carico** - Il comma 2 dell'art. 10 aggiunge che "le spese, di cui alla lettera b) del comma 1, sono deducibili anche se sono state sostenute per le persone indicate nell'articolo 433 del codice civile", e giova fin da subito rilevare come detta deduzione sia prevista anche per gli oneri di cui alla lett. e) (contributi previdenziali e assistenziali), però "relativamente alle persone indicate nel medesimo articolo 433 del codice civile se fiscalmente a carico".

**Residenza per anziani** - Con la circolare 10 giugno 2004, n. 24/E, l'Agenzia delle Entrate, rispondendo a specifico quesito, indicava che le spese di assistenza deducibili possono essere sostenute anche nell'ambito di una residenza per anziani, affermando però che, fermo il necessario riconoscimento dell'handicap di cui alla Legge n. 104/1992, per la loro deduzione va effettuata "la ripartizione delle somme pagate tra spese mediche e di assistenza specifica e spese relative al vitto ed alloggio".

**Circolare 39/2010** - Detta impostazione veniva, infine, confermata dalla circolare 1° luglio 2010, n. 39/E, con cui l’Agenzia delle Entrate ribadiva come, “in caso di ricovero di un portatore di handicap in un istituto di assistenza, non è possibile dedurre l’intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese mediche e paramediche di assistenza specifica, separandole da quelle relative al vitto ed all’alloggio”.

**Separazione** - Pertanto, ritenendosi la retta di ricovero formata da due voci distinte, la quota sanitaria e la quota alberghiera, i gestori pubblici e privati sono tenuti a rilasciare agli interessati una certificazione che riporti e specifichi la quota parte di spesa relativa all’assistenza medica e all’assistenza specifica prestata all’invalido e solo questa potrà costituire voce deducibile ai sensi dell’art. 10, comma 1, lett. b), del TUIR.

### 10.3. Giurisprudenza rilevante

#### *Assunzione in caso di errore*

Con sentenza n. 2870 del 7 febbraio 2008, la Cassazione ha affermato che: “il datore di lavoro che abbia assunto un lavoratore avviato erroneamente come appartenente alle categorie protette, ha la possibilità di recedere dal rapporto allorquando venga accertato l’errore, sempre che questo risulti essenziale e riconoscibile”.

#### *Lavoratore disabile e patto di prova*

Con sentenza n. 1458 del 27 gennaio 2004, la Cassazione ha affermato che: “nell’ipotesi di patto di prova legittimamente stipulato, il recesso dell’imprenditore durante il periodo di prova è sottratto alla disciplina limitativa del licenziamento individuale, anche per quanto riguarda l’onere dell’adozione della

forma scritta e non richiede pertanto una formale comunicazione delle ragioni del recesso”.

Con sentenza n. **15943** del **17 dicembre 2001**, la Cassazione ha stabilito che: “il recesso del datore di lavoro durante il periodo di prova è sottratto alla disciplina limitativa del licenziamento individuale, non richiedendo una formale comunicazione delle ragioni del recesso. Il lavoratore può, tuttavia, contestare l’illegittimità dell’atto, sostenendo in giudizio che l’esito negativo è stato determinato o influenzato dall’obbligo di assunzione previsto dalla legge. Vale la pena di ricordare che le Sezioni Unite della Cassazione con sentenza n. 1766 del 27 marzo 1979, ritenendo ammissibile il patto di prova, hanno precisato che l’oggetto dello stesso deve essere limitato alla capacità residua dell’invalide, senza alcun riferimento al rendimento medio del lavoratore valido”.

Con sentenza n. **9201** del **7 giugno 2012**, la Cassazione ha inoltre affermato che: “è da considerarsi illegittimo il trasferimento del lavoratore che assiste un familiare portatore di handicap anche non grave, qualora l’azienda non abbia prodotto alcun motivo che, in un bilanciamento degli interessi, possa giustificare la perdita di cure da parte del soggetto debole.

La Suprema Corte specifica che “il diritto del lavoratore a non essere trasferito ad altra sede lavorativa senza il suo consenso non può subire limitazioni anche allorquando la disabilità del familiare non si configuri come grave risultando la sua inamovibilità - nei termini in cui si configuri come espressione del diritto all’assistenza del familiare comunque disabile - giustificata dalla cura e dall’assistenza da parte del lavoratore al familiare con lui convivente, sempre che non risultino provate da parte del datore di lavoro - a fronte della natura e del grado di infermità (psicofisica) del familiare - specifiche esigenze datoriali che, in un equilibrato bilanciamento tra interessi, risultino effettive, urgenti e comunque insuscettibili di essere diversamente soddisfatte”.

### *Lavoratore disabile e necessità di un tirocinio*

Con sentenza n. **6017/2009**, la Cassazione ha affermato che: “è legittimato al rifiuto dell’assunzione un datore di lavoro che si vede obbligato all’assunzione di un lavoratore disabile qualora questi sia privo di precedente addestramento o tirocinio come previsto dalla legge 68/1999”.

### *Mancata assunzione di invalidi e competenza per territorio*

Con ordinanza n. 11043 del 10 agosto 2001, le Sezioni Unite della Cassazione hanno stabilito, in materia di controversia relativa alla mancata assunzione di disabili: “la libera alternatività di competenza giudiziale tra tre fori così determinati: a) quello ove è sorto il rapporto, inteso come quello in cui ha la sede dell’Ufficio della Provincia che ha deliberato l’avviamento del disabile; b) quello ove insiste la sede legale dell’azienda (probabilmente, il più celere ai fini del giudizio, se si vede il problema dal punto di vista delle eccezioni dilatorie); quello ove insiste la dipendenza, inteso come l’unità produttiva ove l’Ufficio della Provincia ha deliberato di indirizzare il lavoratore invalido. quello ove insiste la dipendenza, inteso come l’unità produttiva ove l’Ufficio della Provincia ha deliberato di indirizzare il lavoratore invalido”.

### *Segue Mobilità dei lavoratori*

Con sentenza n. **9201** del **7 giugno 2012**, la Cassazione ha affermato che: “è da considerarsi illegittimo il trasferimento del lavoratore che assiste un familiare portatore di handicap anche non grave, qualora l’azienda non abbia prodotto alcun motivo che, in un bilanciamento degli interessi, possa giustificare la perdita di cure da parte del soggetto debole. La Suprema Corte specifica che “il diritto del lavoratore a non essere trasferito ad altra sede lavorativa senza il suo consenso non può subire limitazioni anche allorquando la disabilità del familiare non si configuri come grave risultando la sua inamovibilità - nei termini in cui si

configuri come espressione del diritto all'assistenza del familiare comunque disabile - giustificata dalla cura e dall'assistenza da parte del lavoratore al familiare con lui convivente, sempre che non risultino provate da parte del datore di lavoro - a fronte della natura e del grado di infermità (psico-fisica) del familiare - specifiche esigenze datoriali che, in un equilibrato bilanciamento tra interessi, risultino effettive, urgenti e comunque insuscettibili di essere diversamente soddisfatte”.

### Segue Congedi parentali

Legge n. 104/92: riposo retribuito, per figlio disabile, in favore dell'unico genitore che lavora.

Secondo un recente indirizzo della Corte di Cassazione (Cass. n. 7707 del 2003): “i genitori che hanno un figlio con problemi di handicap possono usufruire di permessi retribuiti anche se sono sposati e l'altro coniuge non lavora. Secondo la Corte lo scopo della legge è quello dell'assistenza all'handicappato: conseguentemente, se per una ragione qualsiasi chi vi è addetto continuamente, non può assisterlo convenientemente, la disposizione ammette una sua sostituzione almeno temporanea. Se questo soggetto è un lavoratore dipendente è “ovvio e necessario” che possa godere di brevi permessi retribuiti”.

### Segue Lavoratore disabile e licenziamento

#### Licenziamento di lavoratore disabile

Con sentenza n. 10347 del 17 luglio 2002, la Cassazione ha stabilito che: “il licenziamento del disabile assunto in base alla normativa sul collocamento obbligatorio segue la generale disciplina normativa e contrattuale nelle ipotesi in cui è determinato da giusta causa o giustificato motivo., Quando, invece, esso è determinato dalle condizioni di salute, occorre tener presente il dettato dell'art. 10, comma 3, della legge n. 68/1999; in caso di ag-

gravamento il rapporto di lavoro può essere risolto solo nel caso in cui, anche attuando i possibili adattamenti dell'organizzazione del lavoro, la commissione medica prevista dall'art. 1, comma 4, della predetta legge, accerti la definitiva impossibilità di reinserire il disabile all'interno dell'azienda.

Sempre in tema di licenziamento, con una recente sentenza la n. 8450 del 10 aprile 2014, la Cassazione ha affermato che un soggetto invalido, assunto tramite le liste di collocamento per disabili, può essere licenziato solo se l'impossibilità di reinserimento all'interno dell'azienda viene accertata da una apposita Commissione medica”.

**Cass. civ. sez. lav. 6 ottobre 2009 n. 21300** -In tema di prestazioni previdenziali, la preventiva presentazione della domanda amministrativa costituisce un presupposto dell'azione, in mancanza della quale la domanda giudiziaria è improponibile, determinandosi in tal caso una temporanea carenza di giurisdizione, rilevabile in qualsiasi stato e grado del giudizio, senza che tale difetto possa essere sanato in relazione alla presentazione di domanda amministrativa concernente prestazione previdenziale diversa, ancorché compatibile con quella poi richiesta in sede giudiziaria.

**Cass. civ. sez. lav. 12 marzo 2004 n. 5149** - In tema di prestazioni previdenziali e assistenziali, la preventiva presentazione della domanda amministrativa costituisce un presupposto dell'azione, mancando il quale la domanda giudiziaria non è improcedibile, con conseguente applicazione degli artt. 8 l. 11 agosto 1973 n. 533 e 148 disp. att. c.p.c., ma improponibile, determinandosi in tal caso una temporanea carenza di giurisdizione, rilevabile in qualsiasi stato e grado del giudizio, senza che tale difetto possa essere sanato in relazione alla presentazione di domanda amministrativa concernente prestazione previdenziale diversa, ancorché compatibile con quella poi richiesta in sede giudiziaria. Ne consegue che, integrando la previa presentazione

della domanda amministrativa, non un elemento costitutivo della domanda proposta in sede giudiziaria (come i requisiti sanitari, reddituale e di incollocazione), ma un requisito di procedibilità (in caso di non esaurimento del procedimento amministrativo) o di proponibilità (in caso di mancanza della domanda amministrativa), la circostanza che l'ente tenuto alla prestazione non abbia tempestivamente dedotto la mancanza della domanda amministrativa non preclude la possibilità di proporre l'eccezione stessa in appello e al giudice di rilevare d'ufficio il temporaneo difetto di giurisdizione.

**Cass. civ. sez. lav. 28 novembre 2003, n. 18265** - La mancata presentazione all'istituto previdenziale della domanda amministrativa determina non già la mera improcedibilità, ex art. 443 c.p.c., ma la radicale improponibilità della domanda giudiziale, atteso che, da un lato, la preventiva presentazione della domanda amministrativa costituisce un presupposto dell'azione volta a conseguire la concessione, in sede giudiziale, della prestazione previdenziale, e, dall'altro, che non possono trarsi argomenti in contrario né dall'art. 8 della legge. 11 agosto 1973 n. 533, che si limita a negare rilevanza ai vizi, alle preclusioni ed alle decadenze verificatesi nel corso della procedura amministrativa, né all'art. 443 c.p.c. che, con disposizione non suscettibile di interpretazione estensiva, prevede la mera improcedibilità, anziché l'improponibilità, della domanda solo per il caso del mancato esaurimento del procedimento amministrativo, che sia stato però iniziato; l'improponibilità, che rende nulli tutti gli atti del processo, in quanto presuppone una temporanea carenza di giurisdizione, è rilevabile anche dopo la prima udienza di discussione ed in qualsiasi stato e grado del giudizio.

**Cass. civ. sez. lav. 24 giugno 2004 n. 11756** - In tema di assistenza e previdenza, ai fini della proponibilità della domanda giudiziaria non è sufficiente la previa presentazione di qualsivoglia domanda amministrativa, ma è necessario che la stessa sia

“tipica”, ossia provvista di tutti i requisiti all’uopo previsti dalla legge, ivi compreso quello della tempestività; ne consegue che, qualora si intenda provare indirettamente, attraverso la produzione di altra documentazione, la preventiva presentazione di domanda amministrativa, è necessario che dalla documentazione prodotta emerga non solo la presentazione della suddetta domanda, ma altresì la sua tempestività.

**Cass. civ. sez. lav. 16 gennaio 1996 n. 317** - La domanda amministrativa non corredata dalla documentazione richiesta dalla legge per dimostrare il possesso dei requisiti necessari per la sussistenza del diritto alla prestazione previdenziale deve considerarsi incompleta, non idonea, quindi, salvo che non si provveda alla sua regolarizzazione nell’ambito del procedimento amministrativo dalla stessa introdotto, a dare impulso al procedimento di liquidazione della prestazione stessa ed a far decorrere il termine assegnato all’ente previdenziale per provvedere; essa non realizza, pertanto, la condizione necessaria per proporre la domanda giudiziale.

**Cass. civ. S. U. 5 luglio 2004 n. 12270** - Il diritto al conseguimento delle prestazioni periodiche di assistenza sociale per invalidità civile decorre, nel caso in cui il richiedente abbia maturato il requisito sanitario nel corso del procedimento giudiziario, a partire dalla data dell’accertata insorgenza dello stato invalidante.

**Cass. civ. sez. lav. 7 novembre 2003 n. 16755** - In base alla disciplina dettata dagli art. 4 e 5 d.P.R. 21 settembre 1994 n. 698 (contenente il regolamento sul riordino dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione dei benefici economici), le prestazioni spettanti agli invalidi civili, che decorrono - se tutti i requisiti richiesti per la loro attribuzione siano già presenti all’atto della domanda amministrativa - dal primo giorno del mese successivo alla domanda stessa, decorrono invece, ove il requisito sanitario si concretizzi

nel corso del procedimento amministrativo, a partire dalla data di insorgenza dello stato invalidante, non essendo ammissibile, ex art. 38 cost., un sistema che lasci le persone divenute invalide e portatrici di gravi menomazioni civili prive di qualsiasi assistenza economica, se pure per brevi lassi di tempo, e finisca per equiparare, quanto alla decorrenza, il trattamento assistenziale a quello previdenziale (per il quale, in base alla norma generale di cui all'art. 6 l. 23 aprile 1981 n. 155, le prestazioni decorrono comunque dal mese successivo a quello di maturazione dei requisiti). Pertanto, considerato che tale disciplina deve valere anche nella sede giudiziale (in cui l'assistito non può vedersi limitati gli stessi diritti per il cui riconoscimento è stato costretto ad adire il giudice), le predette prestazioni, ove l'invalidità venga accertata nel corso del processo, ai sensi dell'art. 149 disp. att. c.p.c., decorrono dalla data dell'accertata insorgenza dello stato invalidante; e la medesima decorrenza deve ritenersi applicabile anche all'indennità di accompagnamento, posto che il predetto d.P.R. n. 698 del 1994 - successivo alla disciplina generale dettata per tale indennità dalla l. 11 febbraio 1980 n. 18 - regola in maniera completa e dettagliata le prestazioni in favore degli invalidi, fra le quali l'indennità di accompagnamento corrisponde ad un più accentuato stato di bisogno cui è doveroso far fronte tempestivamente in adempimento di obblighi di solidarietà sociale.

**Cass. civ. sez. lav. 6 settembre 2003 n. 13050** - L'art. 149 disp. att. c.p.c., che impone di valutare nelle controversie in materia di invalidità pensionabile anche gli aggravamenti incidenti sul complesso invalidante verificatisi nel corso del procedimento amministrativo e giudiziario, anche in appello - espressione di un principio generale di economia processuale - trova applicazione anche con riferimento alle prestazioni assistenziali dovute ai mutilati e invalidi civili, ai sensi del d.l. n. 5 del 1971, conv. nella l. n. 118 del 1971, e, quindi, anche con riguardo alla indennità di ac-

compagnamento dovuta agli invalidi non autosufficienti di cui alla legge n. 18 del 1980. Ne consegue che, nella ipotesi di ricorso al giudice avverso il provvedimento di revoca della indennità di accompagnamento a seguito di revisione, la decisione adottata ai sensi dell'art. 149 disp. att. cit., non costituisce violazione dell'art. 112 c.p.c. neanche se la indennità sia riconosciuta dal giudice con decorrenza successiva a quella immediatamente susseguente alla revoca, e costituisca, quindi, un minus rispetto alla domanda.

**Cass. civ. sez. lav. 27 agosto 2003 n. 12564** - Nell'ipotesi di istanza di riconoscimento del diritto all'assegno di invalidità, come pure del diritto alla pensione di invalidità nonché dell'indennità di accompagnamento, una volta che l'invalido abbia fornito la dimostrazione della sussistenza delle patologie legittimanti il beneficio, automaticamente la decorrenza di questo si colloca - in assenza di una diversa data indicata dalle competenti commissioni sanitarie - al primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda in sede amministrativa, restando a carico della amministrazione debitrice della prestazione l'onere di provare eventualmente una diversa data di insorgenza dello stato inabilitante.

#### *Decorrenza e valutazione dei requisiti in ipotesi di revoca*

**Cass. civ. sez. lav. 16 febbraio 2006 n. 3404** - La controversia sulla revoca dell'assegno di invalidità civile, alla quale è applicabile l'art. 149 disp. att. c.p.c. che impone di valutare anche gli aggravamenti incidenti sul complesso invalidante verificatisi nel corso del procedimento amministrativo e giudiziario, non dà luogo ad una impugnativa del provvedimento amministrativo di revoca, con la conseguenza che il giudice non è chiamato a verificare la legittimità di tale provvedimento, ma ad accertare se sussistano i requisiti del diritto alla prestazione con riguardo alla legislazione vigente al momento della nuova domanda, ancorché

il nuovo diritto fatto valere sia identico nel contenuto a quello estinto per revoca.

*La continenza della domanda*

**Cass. civ. sez. lav. 6 settembre 2006 n. 19164** - Al fine di stabilire se la domanda di assegno di invalidità ex art. 13 legge n. 118 del 1991 possa ritenersi implicitamente ricompresa nella domanda avente ad oggetto la pensione di inabilità ex art. 12 della stessa legge, e se di conseguenza il giudice investito della domanda di pensione, anche in mancanza di espressa richiesta dell'interessato, possa riconoscere al richiedente l'assegno di invalidità in quanto implicitamente compreso nella più ampia domanda di pensione, occorre verificare se nella fattispecie concreta ricorrano i peculiari requisiti socio economici richiesti dalla legge per l'assegno - necessari al pari dei requisiti sanitari per l'insorgenza del diritto - ed in particolare il requisito dell'incollocazione al lavoro, espressamente previsto solo per l'assegno di invalidità e non richiesto, invece, per la pensione di inabilità, in ragione della totale inabilità al lavoro che ne costituisce il presupposto.

**Cass. civ. sez. lav. 8 luglio 2004 n. 12658** - Ai sensi dell'art. 149 disp. att. c.p.c. (che impone di valutare gli aggravamenti incidenti sul complesso invalidante verificatisi nel corso del procedimento amministrativo e giudiziario, e che trova applicazione - quale espressione di un principio generale di economia processuale, nonché in base al canone interpretativo, di rilievo costituzionale, di razionalità e di uguaglianza - anche per il riconoscimento del diritto alle prestazioni assistenziali dovute ai mutilati e invalidi civili ai sensi della legge n. 118 del 1971 - di conversione del d.l. n. 5 del 1971 - e per l'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 del 1980), l'assicurato, ove abbia proposto domanda di attribuzione di assegno di invalidità e nel corso del giudizio sia stata accertata a suo carico la sussistenza di

aggravamenti o nuove infermità tali da determinare una assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, può nel medesimo giudizio avanzare domanda di pensione d'inabilità, giacché egli sarebbe altrimenti costretto, secondo quanto dispone l'art. 11 legge n. 222 del 1984, ad attendere l'esito del giudizio e a ricominciare successivamente l'iter amministrativo, con l'oggettiva preclusione di una piena tutela del suo diritto proprio in una situazione che maggiormente richiede sollecita tutela in ragione del grave stato di salute e della conseguente inabilità ad ogni proficuo lavoro, risultando pertanto conseguentemente lesiva di diritti fondamentali, quali quelli garantiti dagli art. 3, 24 e 38 cost., non assumendo rilievo, in contrario, la diversità dei requisiti posti a base dell'assegno di invalidità e della pensione d'inabilità - da apprezzarsi unicamente con riguardo al diverso grado di compromissione della capacità lavorativa e non anche ai requisiti assicurativi e contributivi - in quanto la rinuncia alla retribuzione e ad ogni trattamento sostitutivo o integrativo della stessa e la cancellazione da elenchi o albi professionali di cui all'art. 2, comma 2, legge n. 222 del 1984 non integrano requisiti costitutivi ulteriori per il sorgere del diritto alla pensione di inabilità, bensì mere condizioni di erogabilità del trattamento pensionistico, in relazione ad un diritto già sorto e riconosciuto per effetto di quelli medico-legali e contributivi.

**Cass. civ. sez. lav. 23 agosto n. 12408** - La disposizione dell'art. 149 disp. att. c.p.c., che impone di valutare anche gli aggravamenti incidenti sul complesso invalidante verificatisi nel corso del procedimento amministrativo e giudiziario, trova applicazione - quale espressione di un principio generale di economia processuale nonché in base al canone interpretativo desunto dal precetto costituzionale di razionalità e di uguaglianza - oltre che per il riconoscimento del diritto alle prestazioni assistenziali dovute ai mutilati ed invalidi civili ai sensi della legge n.

118 del 1971, di conversione in legge del d.l. n. 5 del 1971, anche per la particolare prestazione assistenziale dovuta agli invalidi non autosufficienti, e cioè per la indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 del 1980, atteso che il giudizio concernente detta indennità, come quelli relativi alle prestazioni assistenziali in genere, ha per oggetto non già l'atto amministrativo di reiezione della domanda, ma l'esistenza del diritto dell'assicurato alla pensione, e quindi dei relativi presupposti che, in applicazione del citato art. 149 disp. att. c.p.c., devono essere accertati non solo con riferimento alla data dell'atto amministrativo di reiezione, bensì con riguardo al periodo successivo e fino alla pronuncia giudiziaria. Tale obbligo non è subordinato ad una richiesta di parte, e nemmeno alla produzione di documenti effettuata dalla parte, essendo invece immanente nella stessa funzione giudicante, e traendo pertanto origine da ogni elemento processuale che delinei la necessità dell'accertamento. Nell'adempimento di detto obbligo il giudice di merito conserva l'insindacabile potere di apprezzare l'idoneità degli elementi prospettati dalla parte o acquisiti di ufficio ad esprimere un sopravvenuto rilevante deterioramento della situazione patologica ed a delineare l'esigenza di conseguenti accertamenti, e, in caso di ritenuta irrilevanza degli indicati elementi, ha l'onere di motivare adeguatamente l'esercizio del potere stesso.

**Cass. civ. sez. lav. 1 luglio 1999 n. 6744** - Al fine di stabilire se la domanda di assegno di invalidità ex art. 13 l. n. 118 del 1991 possa ritenersi implicitamente ricompresa nella domanda letteralmente avente ad oggetto la pensione di inabilità ex art. 12 della stessa legge, il discrimine tra le due fattispecie non va individuato solo in astratto, ma altresì con riferimento alle peculiari circostanze del caso, particolarmente per quanto riguarda il requisito dell'incollocazione al lavoro, espressamente previsto solo per l'assegno di invalidità, in quanto assorbito, per la pensione di inabilità, da quello della totale inabilità al lavoro. (Nella spe-

cie, la S.C. ha confermato la sentenza impugnata – che aveva riconosciuto il diritto all’assegno – sulla base del rilievo che il soggetto convenuto non aveva mai eccepito alcunché in ordine al requisito dell’incollocazione al lavoro).

### *Orientamento negativo*

**Cass. civ. sez. VI, 20 gennaio 2011 n. 1271** - In materia di trattamenti assistenziali, la domanda amministrativa costituisce presupposto necessario per il diritto alla prestazione assistenziale richiesta e, in particolare, la presentazione di una specifica domanda amministrativa volta al conseguimento dell’indennità di accompagnamento, di cui all’art. 1 l. n. 18 del 1980, costituisce, unitamente ai previsti requisiti sanitari, un elemento necessario per l’attribuzione di tale beneficio in sede giudiziaria, a pena di improcedibilità del ricorso, mentre deve escludersi che tale domanda possa ritenersi compresa in quella diretta al conseguimento di un beneficio diverso come quello alla pensione di inabilità, senza che in contrario possa invocarsi il disposto di cui all’art. 149 disp. att. c.p.c., atteso che la citata norma prevede solo, per economia processuale, che il giudice tenga conto anche dei successivi aggravamenti verificatisi in sede giudiziaria ma sempre e solo ai fini del beneficio previdenziale o assistenziale richiesto con l’originaria domanda.

**Cass. civ. sez. lav. 14 ottobre 2010 n. 21209** - Nel regime normativo introdotto dal d.lg. 31 marzo 1998 n. 112 (applicabile rationetemporis) è inammissibile l’azione di mero accertamento delle condizioni sanitarie invalidanti, a prescindere dall’istanza di attribuzione di prestazioni assistenziali, di cui costituisce presupposto necessario la domanda amministrativa rivolta all’ente (Regione od Inps) chiamato a rispondere del debito ai sensi dell’art. 130 del citato d.lg. n. 112 del 1998. Ne consegue che nel giudizio relativo alla spettanza dell’indennità di accompagnamento resta precluso, ove la relativa domanda

non sia stata proposta in sede amministrativa e giudiziaria, il riconoscimento della pensione di inabilità di cui alla l. 30 marzo 1971 n. 118, dovendosi escludere che quest'ultima sia compresa implicitamente in quella volta a conseguire l'indennità di accompagnamento.

**Cass. civ. sez. lav. 24 febbraio 2004 n. 3679** - In materia di pensione di inabilità in favore degli invalidi civili di cui alla legge n. 118 del 1971, la domanda amministrativa costituisce presupposto necessario per il diritto alle prestazioni assistenziali sia perché ciò risulta espressamente dal disposto dell'art. 11 legge cit., sia perché la richiesta del riconoscimento dello "status" di invalido civile potrebbe essere proposta non già per ottenere i benefici di cui alla legge n. 118 del 1971, ma ad altri fini, quali il diritto all'assunzione obbligatoria o il congedo per cure ai sensi dell'art. 26 della medesima legge n. 118. Ne consegue che, fatto valere il riconoscimento dell'invalidità civile, la prestazione economica successivamente richiesta avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda, dovendosi anche escludere che la domanda di pensione di inabilità sia compresa in quella volta a conseguire l'indennità di accompagnamento. (Nella specie, avendo l'istante presentato la sola domanda di invalidità civile il 29 ottobre 1992, ottenendo il riconoscimento nel febbraio 1993, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva riconosciuto la decorrenza dell'indennità di accompagnamento e della pensione di inabilità rispettivamente dal settembre 1993 e dall'1 agosto 1995, mesi successivi alla presentazione delle relative domande).

*Revoca della prestazione. Giudizio successivo Accertamento della sussistenza di tutti i requisiti.*

**Cass. civ. sez. lav. 12 gennaio 2009 n. 392** - La controversia sulla revoca dell'assegno di invalidità civile, alla quale è applicabile l'art. 149 disp. att. c.p.c. che impone di valutare anche gli

aggravamenti incidenti sul complesso invalidante verificatisi nel corso del procedimento amministrativo e giudiziario, non dà luogo ad una impugnativa del provvedimento amministrativo di revoca, con la conseguenza che il giudice non è chiamato a verificare la legittimità di tale provvedimento, ma ad accertare se sussistano i requisiti del diritto alla prestazione con riguardo alla legislazione vigente al momento della nuova domanda, ancorché il nuovo diritto fatto valere sia identico nel contenuto a quello estinto per revoca.

**Cass. civ. sez. lav. 16 febbraio 2006 n. 3404** - Nel giudizio che abbia ad oggetto la contestazione di un provvedimento di revoca del beneficio assistenziale basato esclusivamente sulla sopravvenuta insussistenza del requisito sanitario, deve essere verificata la permanenza di tutti i requisiti ex lege richiesti, non già soltanto di quelli la cui sopravvenuta insussistenza sia posta a fondamento della revoca, giacché la domanda di ripristino della prestazione, al pari di quelle concernenti il diritto ad ottenere per la prima volta prestazioni negate in sede amministrativa, non dà luogo ad un'impugnativa del provvedimento amministrativo di revoca, ma riguarda il diritto del cittadino ad ottenere la tutela che la legge gli accorda; conseguentemente, il giudice è chiamato ad accertare se sussista, o meno, il diritto alla prestazione, verificandone le condizioni di esistenza alla stregua dei requisiti richiesti ex lege, con riguardo alla legislazione vigente al momento della nuova domanda, trattandosi del riconoscimento di un nuovo diritto del tutto diverso, ancorché identico nel contenuto, da quello estinto per revoca. Tale opzione ermeneutica risulta maggiormente rispettosa della ratio sottesa alle prestazioni assistenziali che, alla stregua dell'art. 38 cost., induce a preferire soluzioni volte a riconoscere le prestazioni assistenziali solo in presenza di effettivi bisogni, ed a rifuggire da soluzioni suscettibili di creare ingiustificate disparità di trattamento nell'area di quanti dette prestazioni rivendicano, quale quella che finirebbe per

crearsi con riferimento ai requisiti per usufruire delle stesse, tra coloro che chiedono per la prima volta dette prestazioni e quanti, invece, avendo di queste già goduto, ne pretendono un perdurante godimento pur in presenza di mutate, e più favorevoli, condizioni reddituali. (Nella specie, la S.C. ha cassato la sentenza di merito che aveva riconosciuto il diritto al ripristino del beneficio assistenziale reputando estraneo all'accertamento giudiziale il tema della sussistenza del requisito reddituale e dell'incollocamento al lavoro.

**Cass. civ. sez. lav. 6 marzo 2004 n. 4634** - Allorquando venga revocata una prestazione di invalidità civile, nel giudizio avente ad oggetto la sussistenza o meno del diritto alla prestazione revocata il giudice deve accertare non solo il requisito sanitario, ma anche quello economico, pur se la prestazione sia stata revocata unicamente per il venir meno del requisito sanitario, in quanto in tema di revoca non si deve verificare la legittimità o meno dell'atto amministrativo di revoca o di soppressione della prestazione, ma la sussistenza o meno del diritto alla prestazione con riferimento a tutti gli elementi costitutivi previsti dalla legge, che l'interessato è tenuto a dimostrare e dei quali non può presumersi la permanenza, trattandosi di elementi, quale il requisito reddituale, soggetti a variazione.

*Invalidità civile. Valutazione della diminuzione della capacità lavorativa  
Criteri D.M. febbraio 1992*

**Cass. civ. sez. lav. 5 aprile 2004 n. 6652** - Nell'ambito delle controversie relative al riconoscimento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità, nell'ipotesi di pluralità di minorazioni, il danno globale non si computa addizionando le percentuali di invalidità risultanti dalla tabella approvata con decreto del Ministero della sanità 5 febbraio 1992, ma la tabella deve essere presa in considerazione come mero parametro di base, e la valutazione deve essere effettuata tenendo conto dell'incidenza del

danno globale sulla validità complessiva del soggetto, senza che tale sistema di valutazione possa ritenersi modificato a seguito della disposizione contenuta nell'art. 42 n. 4 d.l. 30 settembre 2003 n. 269, che, nell'ambito del sistema delle verifiche della situazione sanitaria inizialmente accertata nei confronti dei titolari di diritti per invalidità civile, si è limitato a mutare il parametro di riferimento, dalle tabelle vigenti all'epoca della concessione del beneficio, a quelle esistenti al tempo della verifica.

**Cass. civ. sez. lav. 7 maggio 2002 n. 6500** - In sede di valutazione della capacità di lavoro, ai fini della sussistenza del requisito sanitario a pensione di inabilità, si deve tener conto del quadro morboso complessivo del soggetto e non delle singole manifestazioni morbose, considerate l'una indipendentemente dalle altre, nè può procedersi ad una somma aritmetica delle percentuali di invalidità relative a ciascuna delle infermità riscontrate, dovendosi invece compiere una valutazione complessiva delle stesse, con specifico riferimento alla loro incidenza sull'attività svolta in precedenza e su ogni altra che sia confacente, nel senso che potrebbe essere svolta dall'assicurato, per età, capacità ed esperienza, senza esporre ad ulteriore danno la propria salute. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che, in ipotesi di coesistenza di un'infermità tabellata - anoressia - con altre non tabellate del citato intellettuale, sindrome psicopatologica, eccessiva magrezza, aveva ritenuto, in una valutazione globale, il complesso patologico giustificasse il riconoscimento della percentuale di invalidità necessaria ai fini del diritto alla prestazione richiesta).

**Cass. civ. sez. lav. 13 aprile 2001n. 5571** - Con riferimento al presupposto medico legale ai fini del riconoscimento delle prestazioni assistenziali agli invalidi civili, la tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti, approvata con decreto del Ministro della sanità del 5 febbraio 1992, in attuazione dell'art. 2 d.lg. 23 novembre 1988

n. 509, integra il decreto stesso ed è vincolante, con la conseguenza che la valutazione del giudice che prescindendo dal tutto dall'esame di tale tabella comporta un vizio di legittimità denunciabile con ricorso per cassazione.

*Valutazione della capacità semispecifica. Possibilità di aumento di cinque punti percentuali.*

**Cass. civ. sez. lav. 14 aprile 2008 n. 9807** - In tema di invalidità civile, il principio secondo cui il grado del danno funzionale permanente determinato in applicazione delle tabelle di legge può essere aumentato nella misura massima di cinque punti percentuali, fa esclusivo riferimento al caso in cui vi sia una incidenza dell'invalidità sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità cosiddetta semispecifica) o sulla capacità lavorativa specifica; ne consegue che resta esclusa una variazione della percentuale in relazione all'età del soggetto, prossima o superiore a quella del pensionamento di vecchiaia dei lavoratori, o alla mancata prestazione di attività lavorativa retribuita e, in particolare, alla condizione di casalinga, nel quale caso - pur rilevante ai fini della tutela antinfortunistica - rileva solo il criterio generale tabellare dell'incapacità lavorativa generica.

*Invalidità civile. Minorazioni psichiche valutabilità*

**Cass. civ. sez. lav. 30 ottobre 1981 n. 5729** - I minorati affetti da malattie psichiche "pure", cioè non ricollegabili a deficienze funzionali, sensoriali o, comunque, organiche, hanno diritto alla pensione di inabilità per i mutilati ed invalidi civili.

**Cass. civ. sez. lav. 21 ottobre 1980 n. 5673** - I minorati psichici rientrano nell'ampia categoria degli affetti da minorazioni congenite o acquisite di cui all'art. 2 l. 30 marzo 1971 n. 118, recante nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.

*Invalidità civile aggravamenti successivi alla domanda*

**Cass. civ. sez. lav. 16 febbraio 2006 n. 3404** - La disposizione dell'art. 149 disp. att. c.p.c., che impone di valutare nelle controversie in materia di invalidità pensionabile anche gli aggravamenti incidenti sul complesso invalidante verificatisi nel corso del procedimento amministrativo e giudiziario, trova applicazione anche nelle controversie in materia di assistenza obbligatoria e, in particolare, in caso di richiesta di ripristino dell'assegno di invalidità civile, la cui corresponsione sia stata revocata in base all'esito di un accertamento sanitario, giacché le controversie in tema di revoca del suddetto assegno, al pari di quelle concedenti il diritto ad ottenere per la prima volta le prestazioni per invalidità civile negate in sede amministrativa, non danno luogo ad una impugnativa del provvedimento di revoca, ma riguardano il diritto del cittadino ad ottenere la tutela diretta che la legge gli accorda, con la conseguenza che il giudice non è chiamato a verificare la legittimità dell'atto amministrativo di diniego o di revoca per applicarlo o disapplicarlo, ma ad accertare se sussista o meno il diritto del cittadino alla prestazione.

**Cass. civ. sez. lav. 1 dicembre 1999 n. 13394** - La disposizione dell'art. 149 disp. att. c.p.c., che impone di valutare anche gli aggravamenti incidenti sul complesso invalidante, verificatisi nel corso del procedimento amministrativo e giudiziario - espressione di un principio generale di economia processuale - trova applicazione, in base ad un canone interpretativo desunto dal precetto di razionalità ed uguaglianza, anche nelle controversie in materia di assistenza obbligatoria, e, in particolare, in caso di richiesta di ripristino dell'assegno di invalidità civile, la cui corresponsione sia stata revocata in base all'esito di un accertamento sanitario.

*Invalidità civile. Elementi costitutivi. Insorgenza successiva alla presentazione della domanda*

**Cass. civ. sez. lav. 27 ottobre 1998 n. 1078** - Ai fini del diritto all'assegno di invalidità civile, lo stato di "incollocazione" al lavoro, che va dimostrato mediante l'infruttuosa iscrizione nelle liste speciali degli aventi diritto al collocamento obbligatorio (rimanendo invece irrilevante l'iscrizione nelle liste del collocamento ordinario) non è un elemento estrinseco alla fattispecie assistenziale, ma rappresenta un elemento costitutivo del diritto e quindi una condizione dell'azione; ne consegue che esso può intervenire anche in corso di causa (ferma restando la regola secondo cui il trattamento decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si sia perfezionata la fattispecie), in applicazione di un principio di carattere generale del processo, del quale, riguardo alla materia pensionistica, costituiscono conferma l'art. 149 disp. att. c.p.c., relativo alla sopravvenienza del requisito sanitario, e l'art. 18 d.P.R. 27 aprile 1968 n. 448 (pur dettato con specifico riferimento al procedimento amministrativo), relativo ai requisiti del diritto alla pensione di invalidità.

*Invalide civile. Status. Accertamento della sola condizione. Ammissibilità*

**Cass. civ. sez. lav. 4 febbraio 2009 n. 2691** - Ai fini del diritto all'indennità di accompagnamento, prevista dalla l. n. 18/80 in favore dell'inabile non deambulante o non autosufficiente, rileva esclusivamente il requisito sanitario descritto dall'art. 1 della stessa legge mentre non si richiede anche la condizione del non ricovero dell'inabile in istituto, la quale si pone come elemento esterno alla fattispecie, e non costituisce ostacolo al riconoscimento del diritto all'indennità bensì all'erogazione della stessa per il tempo in cui l'inabile sia ricoverato a carico dell'erario e non abbisogni dell'accompagnatore.

**Cass. civ. S.U. 12 luglio 2000 n. 483** - Nel vigore della disciplina introdotta dalla l. n. 537 del 1993 e dal regolamento

approvato con d.P.R. n. 698 del 1994, il privato che intenda ottenere una prestazione di assistenza sociale per invalidità civile ed abbia già ricevuto in sede amministrativa un provvedimento negativo in ordine alla sussistenza del requisito sanitario non è tenuto a chiedere preventivamente in giudizio l'accertamento del requisito sanitario nei confronti del Ministero del tesoro e poi a chiedere, con distinto processo, l'attribuzione della prestazione pecuniaria nei confronti del Ministero dell'interno, essendo invece sufficiente che egli proponga un'unica azione nei confronti di quest'ultimo Ministero; la suddetta azione, peraltro, essendo volta all'affermazione del diritto alla prestazione pecuniaria richiesta, comporta un accertamento soltanto incidentale dello "status" di invalido, laddove la richiesta (del privato o del Ministero convenuto) di accertamento di tale "status" con efficacia di giudicato implica la chiamata in causa del Ministero del tesoro.

**Cass. civ. S.U. 12 dicembre 1999 n. 912** - In materia di accertamenti sanitari rilevanti ai fini del riconoscimento dello "status" di invalido civile e dei relativi benefici, la p.a. non è investita di discrezionalità amministrativa, ma svolge una mera attività di certazione circa l'esistenza di requisiti previsti dalla legge, attraverso una valutazione medico legale che non vale ad affievolire la posizione soggettiva da diritto ad interesse legittimo. Le relative controversie appartengono quindi alla giurisdizione del giudice ordinario, come del resto espressamente previsto dalla vigente normativa in materia (art. 1, comma 8, l. n. 295 del 1990; art. 3, comma 5, e 6, comma 3, d.P.R. n. 698 del 1994).

**Cass. civ. sez. lav. 6 luglio 1998 n. 6571** - Alla stregua della l. 30 marzo 1971 n. 118 (recante nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili), la condizione d'invalido civile è delineata e classificata per percentuali di minorazioni e peculiari connotazioni (riguardanti, in particolare, la causa invalidante e

la natura dell'invalidità), in relazione alle quali sono immediatamente configurabili corrispondenti diritti soggettivi, senza che per alcuni di essi, come per quelli all'assunzione obbligatoria presso le p.a. e le aziende private o per quelli ai benefici disciplinati nell'ambito della normativa del servizio sanitario nazionale, siano previsti requisiti economici o di reddito; pertanto, l'anzidetta condizione d'invalido civile, ancorché non collegata alla richiesta di attribuzione di una determinata provvidenza, può costituire oggetto (una volta divenuti definitivi i provvedimenti amministrativi previsti dalla cit. legge) di azione di mero accertamento, la cui ammissibilità trova fondamento nell'interesse dell'invalido all'immediata eliminazione, non altrimenti ottenibile, di una situazione di obiettiva incertezza, a lui pregiudizievole, in ordine al grado e alla natura della sua invalidità.

#### *Orientamento negativo*

**Cass. civ. sez. lav. 2 aprile 2004 n. 6565** - Nelle controversie proposte dopo il 3 settembre 1998 aventi ad oggetto il diritto a prestazioni assistenziali secondo la disciplina di cui all'art. 130 d.lg. n. 112 del 1998, il soggetto legittimato passivamente è l'Inps, nei cui confronti lo stato di invalidità va accertato in via incidentale senza necessità di promuovere un doppio giudizio (per l'accertamento delle condizioni sanitarie e per il conseguimento delle prestazioni); va invece esclusa, in base alla predetta disciplina, l'ammissibilità di un'azione di mero accertamento dello stato di invalidità civile, mentre nelle controversie in cui tale stato si configura come un presupposto logico, rispetto ai benefici (diversi dalle prestazioni economiche) richiesti dall'invalido, è legittimato passivamente il soggetto obbligato per legge a soddisfare la specifica pretesa fatta valere dall'interessato.

**Trib. Bari sez. lav. 24.04.2007** - In tema di controversie in materia di previdenza e assistenza obbligatoria, l'azione di accer-

tamento può avere ad oggetto solo il diritto ad una singola (e specifica) prestazione assistenziale, ma non anche la mera situazione di fatto consistente in un'infermità o una menomazione fisica, in quanto l'azione giudiziaria può tendere all'accertamento di situazioni giuridiche soggettive, e non di semplici fatti. Pertanto, deve ritenersi inammissibile una domanda di sentenza dichiarativa delle condizioni sanitarie del ricorrente, essendo configurabile solamente la domanda di accertamento di un determinato credito.

*Invalidità civile. Morte del soggetto invalido prima del riconoscimento. Eredi. Spettanza della prestazione fino al momento del decesso del dante causa.*

**Cass. civ. sez. lav. 27 ottobre 1998 n. 10715** - Il diritto all'assegno di invalidità civile nasce sulla base della domanda amministrativa e della sussistenza dei suoi presupposti sia sanitari che reddituali (così come anche di incollocamento) e, facendo parte del patrimonio del titolare a prescindere dal suo accertamento nella sede amministrativa o giudiziale, si trasmette per successione ereditaria anche in caso di morte dell'avente diritto antecedente all'accertamento di taluno dei suoi presupposti (nella specie nella sede amministrativa era stato accertato il solo requisito sanitario).

**Cass. civ. sez. lav. 8 agosto 1994 n. 7333** - In tema di indennità di accompagnamento (prevista dall'art. 1 della l. 11 febbraio 1980 n. 18 a favore degli invalidi, anche minori degli anni diciotto, di cui agli art. 2 e 12 della l. 30 marzo 1971 n. 118, impossibilitati a deambulare o compiere gli atti quotidiani della vita), l'art. 1, comma ultimo, della citata legge n. 118 del 1971 - interpretato autenticamente dalla l. 13 dicembre 1986 n. 912, nel senso che gli eredi del mutilato o invalido civile, deceduto successivamente al riconoscimento dell'invalidità, hanno diritto a percepire le quote di pensione già maturate dall'interessato alla data del decesso, anche se questo sia intervenuto prima della de-

liberazione concessiva del comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, ferma restando la necessità della deliberazione stessa - non esclude che lo stato di inabilità necessario per la concessione dell'indennità (che decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda e che costituisce oggetto di un diritto soggettivo rispetto al quale l'espletamento della procedura amministrativa è condizione di procedibilità e non di proponibilità dell'azione) possa essere accertato, in sede giudiziaria, anche dopo la morte del soggetto minorato, atteso che la normativa predetta - della quale la corte costituzionale ha ritenuto la legittimità, con ordinanza n. 61 del 1989, nel presupposto (non vincolante per il giudice ordinario) della natura costitutiva dell'accertamento dell'inabilità e dell'impossibilità, anche in sede giudiziale, che esso intervenga dopo la morte dell'interessato - ha inteso affermare la necessità dell'antiorità del detto accertamento con esclusivo riguardo all'ambito del procedimento amministrativo, nel senso che, avvenuto in vita del dante causa l'accertamento predetto, il diritto degli eredi ai ratei ben può essere riconosciuto in sede amministrativa, senza con ciò escludere che l'accertamento stesso possa avvenire in sede giudiziaria.

**Cass. civ. sez. lav. 1 luglio 1993 n. 7173** - Lo stato di invalidità che dà titolo alla pensione di inabilità civile e all'assenso di accompagnamento secondo la disciplina delle leggi n. 118 del 1971 e 18 del 1980, può essere accertato in sede giudiziaria a richiesta degli eredi ai quali spettano le attribuzioni del beneficio già maturate fino alla data del decesso dell'avente diritto, ancorché tale evento si sia verificato prima del completamento del procedimento amministrativo e, non essendo più possibile un diretto accertamento sulla persona del soggetto inabile, occorra far riferimento ad altri mezzi probatori. Né a tale interpretazione è di ostacolo l'art. 12 della legge n. 118 del 1971 (come interpretata autenticamente dalla l. 13 dicembre 1986 n. 912), il quale, nell'affermare il

diritto degli eredi dell'invalido civile - deceduto successivamente al riconoscimento della inabilità, ma prima della deliberazione concessiva della prestazione - di percepire i ratei di questa maturati anteriormente al decesso, ha inteso favorire gli aventi diritto nella fase amministrativa, consentendo la trasmissione in via ereditaria di quelle quote di prestazione senza ricorrere al giudice, ma non ha affatto escluso che l'accertamento dell'inabilità possa avvenire in sede giudiziaria.

**Cass. civ. S.U. 24 ottobre 1991 n. 11329** - In tema d'indennità di accompagnamento (prevista dall'art. 1 della legge n. 18 del 1980 a favore degli invalidi, anche minori degli anni diciotto, di cui agli art. 2 e 12 della legge n. 118 del 1971, impossibilitati a deambulare o a compiere gli atti quotidiani della vita), l'art. 12, comma ultimo, della legge n. 118 del 1971 - interpretato autenticamente, dalla legge n. 912 del 1986, nel senso che gli eredi del mutilato o invalido civile, deceduto successivamente al riconoscimento dell'inabilità, hanno diritto a percepire le quote di pensione già maturate dall'interessato alla data del decesso, anche se questo sia intervenuto prima della deliberazione concessiva del comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, ferma restando la necessità della deliberazione stessa - non esclude che lo stato d'inabilità necessario per la concessione dell'indennità (che decorre dal primo giorno del mese successivo a quello presentazione della domanda e che costituisce oggetto di un diritto soggettivo rispetto al quale l'espletamento della procedura amministrativa è condizione di procedibilità e non di proponibilità dell'azione) possa essere accertato, in sede giudiziaria, anche dopo la morte del soggetto minorato, atteso che la normativa predetta - della quale la Corte costituzionale ha ritenuto la legittimità, con ord. n. 61 del 1989, sul presupposto (non vincolante per il giudice ordinario) della natura costitutiva dell'accertamento dell'inabilità e dell'impossibilità, anche in sede giudiziale, che esso intervenga dopo la morte dell'interessato -

ha inteso affermare la necessità dell' anteriorità del detto accertamento con esclusivo riguardo all' ambito del procedimento amministrativo, nel senso che, avvenuto in vita del dante causa l' accertamento predetto, il diritto degli eredi ai ratei ben può essere riconosciuto in sede amministrativa, senza con ciò escludere che l' accertamento stesso possa avvenire in sede giudiziaria.

**Cass. civ. sez. lav. 8 agosto 1987 n. 6833** - Gli eredi dell' invalido civile totalmente inabile ai sensi degli art. 2 e 12 della l. 30 marzo 1971 n. 118, la cui invalidità (civile) sia stata già riconosciuta alla data di entrata in vigore della l. 11 febbraio 1980 n. 18, possono agire per ottenere l' indennità di accompagnamento spettante all' invalido sino alla morte a norma del comma 1 dell' art. 3 della citata legge del 1980 anche se il loro dante causa non sia stato sottoposto alla prescritta visita di accertamento entro sei mesi dall' entrata in vigore della stessa legge, sempreché la mancanza di detta visita (sostituibile da opportuno accertamento giudiziale) non sia dipesa dal contegno omissivo dell' interessato.

*Ritardo nel pagamento della prestazione Interessi. Decorrenza*

**Cass. civ. sez. lav. 14 aprile 1992 n. 4640** - In materia di ritardo nell' erogazione delle prestazioni assistenziali obbligatorie dovute dall' amministrazione dello Stato in favore degli invalidi civili ai sensi delle l. 30 marzo 1971 n. 118 e 11 febbraio 1980 n. 18, opera il disposto dell' art. 7 della l. 11 agosto 1973 n. 533 - in virtù del quale l' inutile scadenza del termine ivi previsto (centoventi giorni dalla data di presentazione della domanda in sede amministrativa) equivale alla costituzione in mora ai sensi dell' art. 1219, comma 2 n. 2 c.c. - trattandosi di una regola generale, in tema di previdenza e assistenza obbligatorie, circa la formazione del silenzio-rifiuto, con la conseguenza che anche la suddetta amministrazione, verificatasi tale scadenza, è tenuta, a decorrere dalla medesima, alla corresponsione degli interessi moratori sulle somme dovute, senza che per siffatta prestazione

accessoria sia necessaria altresì la proposizione della domanda giudiziale.

### *Interessi moratori*

**Cass. civ. sez. lav. 19 marzo 2004 n. 5572** - In tema di crediti previdenziali e assistenziali, agli interessi sui ratei arretrati della prestazione maturati, prima della liquidazione, sia anteriormente che posteriormente alla data di entrata in vigore della legge n. 412 del 1991 (1 gennaio 1992) - che, all'art. 16, comma 6, escludendo il cumulo fra interessi e rivalutazione monetaria per le prestazioni dovute dagli enti gestori di forme di previdenza obbligatoria, ha ricondotto tali crediti nell'alveo dell'art. 1224 c.c. - si applica il termine di prescrizione decennale. Mentre, però, per i ratei anteriori alla data indicata si devono cumulare interessi e rivalutazione monetaria, per quelli maturati successivamente spetta esclusivamente l'importo maggiore fra quelli rispettivamente riferibili ad interessi ed a rivalutazione.

**Cass. civ. sez. lav. 20 aprile 2002 n. 5753** - Nel caso d'invalidità sopravvenuta nel corso del giudizio, gli interessi e la rivalutazione monetaria sui ratei pregressi dell'assegno d'invalidità debbono dal giudice essere attribuiti con la stessa decorrenza della prestazione previdenziale e, qualora la suddetta decorrenza sia posteriore alla entrata in vigore dell'art. 16, comma 6, della legge n. 412 del 1991, non sono tra loro cumulabilità.

## **11. Il cosiddetto “fine vita”: diritti ed interessi protetti**

Riguardo all'ultima parte del percorso vitale, è sicuramente sussistente un diritto di ogni persona portatrice di grave ed inaggravante patologia ad una assistenza sanitaria, medica, infermieristica ma anche psicologica e sociale che garantisca un trattamento in armonia coi principi costituzionali di tutela della di-

gnità e del decoro della persona, intesi come proiezione del sentimento che si ha di sé stessi, i quali a maggior ragione vanno concretamente attuati in una fase in cui l'ingravescenza della malattia limita in maniera dirimente la possibilità di autodeterminazione e la libertà di movimento.

Sul punto, non a caso, è opportuno ricordare come gli art.li 24, 25 e 26 della **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea** prevedano statuti normativi differenziati per bambini, anziani e portatori di *handicap*, in un'ottica scientificamente rivoluzionaria da un punto di vista metodologico, in quanto si inizia così a considerare non il soggetto astratto ma la persona come portatrice di diritti il cui contenuto si identifica e si specifica anche in relazione alla fase storica che attraversa la sua vita e rispetto alle situazioni che concretamente essa è chiamata ad affrontare.

Pur nell'assenza di paradigmi normativi certi e soprattutto puntualmente riferiti alle ora citate condizioni, è ipotizzato stabilmente in dottrina il ricorrere in capo alla persona malata - ed in particolar modo in testa a quella prossima alla morte - innanzitutto un **diritto a non soffrire**: infatti, poiché nella moderna accezione del termine si definisce "salute" non soltanto uno stato fisiopsichico caratterizzato dall'assenza di malattia, ma anche e soprattutto una condizione quanto più generale possibile di benessere fisico e psichico, necessariamente fa parte della "cura" della persona ogni attività che sia finalizzata anche all'eliminazione di ogni forma di sofferenza concretamente fronteggiabile e riducibile. In questo contesto, nel rispetto della normativa vigente, è allora ipotizzabile un diritto del paziente a che gli vengano somministrate le opportune terapie antidolore capaci di lenire le sue sofferenze (lo conferma anche l'art. 39 del Codice di deontologia medica, il quale stabilisce che *il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compressione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se il malato si trova in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore*

ed al sollievo delle sofferenze, tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita. Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno alle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento). Non a caso, **Cass. pen. 27 giugno 2000, n. 10445**, ritiene che non sia mai “differibile” l’intervento del medico per limitare o mitigare per quanto possibile la sofferenza di un malato, anche se inguaribile. A tal riguardo è da segnalare la recente **legge 15 marzo 2010, n. 38**, recante *Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore*, la quale – proprio codificando il diritto a non soffrire e ponendosi gli obiettivi di tutelare la dignità, l’autonomia e il decoro del malato, nonché quelli di promozione e difesa della vita fino al suo termine naturale – riferendosi a tutte le persone affette da “patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita”, nonché a coloro che risultano affetti “da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa” all’art. 1 dispone che è tutelato e garantito, in particolare, l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall’articolo 2, comma 1, lettera c), nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Conseguentemente, anche in relazione alla recente disposizione da ultimo citata, si tende a riconoscere il **diritto a cure, anche non necessariamente risolutive della situazione patologica** di cui il malato è portatore, anche soltanto palliative, purché consone alla malattia e rispettose del principio generale di tutela della dignità umana e dell’autodeterminazione della stessa. Nel

dettato della legge 38 le cure palliative sono infatti quegli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici; per terapia del dolore, invece, il legislatore intende *l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore* (così l'art. 2, comma 1, legge 38/2010). La medesima legge stabilisce poi il diritto all'accesso alle cure palliative residenziali (praticabili ove possibile presso l'abitazione del malato) ed agli *hospices* – apposite strutture dotate di idonee equipe multidisciplinari di professionisti dei quali è garantita la formazione continua da parte dello Stato – quando l'assistenza domiciliare non è possibile o praticabile.

Alla luce delle norme citate, si evince con facilità che nel nostro ordinamento, allo stato attuale della sua evoluzione, non può in alcun modo sostenersi l'esistenza di un vero e proprio **diritto a morire** (la morte, infatti, è considerata un fatto produttivo di effetti giuridici, ed è un fatto anche quando è indotto da una condotta umana cosciente e volontaria quale il suicidio, che non è illecito in sé considerato).

Tuttavia, certamente sussiste comunque, come si è visto trattando del cosiddetto consenso informato, un **diritto a rifiutare le cure** (peraltro previsto come diritto fondamentale dalla Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con L. 28 marzo 2001, n. 145) e dunque, per l'effetto, a lasciarsi morire, quando si ritiene di non voler più sottostare a trattamenti medici: in tal caso, salvo le ristrette ipotesi di legge trovanti copertura nel comma II dell'art. 32 della Costituzione, nessu-

no può essere sottoposto ad attività medica contro il proprio volere, poiché ciò comporterebbe una compressione illecita di un valore fondamentale e primario quale – appunto – il diritto di determinarsi liberamente con riferimento agli interventi clinici che riguardano la propria persona.

Il delicato tema del lasciarsi morire, pur tuttavia, involge ovviamente i gangli più intimi della coscienza umana, e non ammette – in difetto di norma positiva a tutt’oggi mancante – soluzioni oggettivamente univoche, visto che le sensibilità umane sono variegatae, dato che il legislatore incontra il limite della generalità ed astrattezza di fronte a casi quanto mai particolari e concreti, ed il giudice è infine chiamato, come notato da autorevole dottrina, a cogliere la sfida delle sue responsabilità di fronte al mistero della vita che finisce: di certo, però, pare di poter dire che la decisione di non ricevere più cure deve essere personale, e va presa dal malato in piena coscienza e consapevolezza, previa opportuna informazione da parte del medico che lo assiste; per questo è altamente complesso il caso di persona ormai in stato di incoscienza, non risvegliabile, non trattabile, con la quale è impossibile ogni forma di comunicazione, secondo uno degli schemi e dei metodi umanamente possibili, la quale non abbia neppure lasciato una documentata manifestazione di volontà per l’ipotesi in cui versi in prolungato stato di incoscienza, redatta nel periodo in cui era in grado di intendere, volere e dunque decidere di sé: è il caso del coma profondo, dello stato vegetativo permanente, delle forme più gravi di demenza che comportano anche seria compromissione organica e deficit della locomozione, eccetera.

In tali ipotesi, si registra in giurisprudenza soltanto un famoso precedente, variamente assunto agli onori della cronaca, riferito a persona trovantesi da svariati anni in stato vegetativo permanente, rispetto alla posizione della quale **Cass. civ., sez. II, 16 ottobre 2007, n. 21748**, ha stabilito – rispetto alle attività

non propriamente medico sanitarie ma di sostegno vitale quale l'alimentazione e l'idratazione meccanica con strumentazione che ne permette l'introduzione organica per via naso gastrica - che il giudice può, su istanza del tutore, autorizzarne l'interruzione soltanto in presenza di due circostanze concorrenti: a) la condizione di stato vegetativo del paziente sia apprezzata clinicamente come irreversibile, senza alcuna sia pur minima possibilità, secondo standard scientifici internazionalmente riconosciuti, di recupero della coscienza e delle capacità di percezione; b) sia univocamente accertato, sulla base di elementi tratti dal vissuto del paziente, dalla sua personalità e dai convincimenti etici, religiosi, culturali e filosofici che ne orientavano i comportamenti e le decisioni, che questi, se cosciente, non avrebbe prestato il suo consenso alla continuazione del trattamento. Ove l'uno o l'altro presupposto non sussista, deve essere negata l'autorizzazione, perché allora va data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dalla percezione, che altri possano avere, della qualità della vita stessa.



## ALLEGATI

A)

**LEGGE 23 dicembre 1993, n. 548**

**Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica.**

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA  
PROMULGA  
la seguente legge:

**Art. 1.**  
**(Prevenzione della fibrosi cistica)**

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, progetti-obiettivo, azioni programmate ed altre iniziative diretti a fronteggiare la fibrosi cistica, da considerarsi malattia di alto interesse sociale.

2. Gli interventi regionali di cui al comma 1 sono rivolti:

a) alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce e prenatale della fibrosi cistica;

b) alla cura e alla riabilitazione dei malati di fibrosi cistica, provvedono anche alla fornitura a domicilio delle apparecchiature, degli ausili e dei presidi sanitari necessari per il trattamento complessivo;

c) ad agevolare l'inserimento sociale, scolastico, lavorativo e sportivo dei malati di fibrosi cistica;

d) a favorire l'educazione e l'informazione sanitaria del cittadino malato, dei suoi familiari, nonché della popolazione, con riferimento alla cura ed alla prevenzione della fibrosi cistica;

e) a provvedere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale socio-sanitario addetto;

f) a promuovere programmi di ricerca atti a migliorare le conoscenze cliniche e di base della malattia per aggiornare la possibilità di prevenzione, nonché la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione.

## **Art. 2.**

### **(Interventi preventivi)**

1. Ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce della fibrosi cistica e delle sue complicanze, le regioni indicano alle unità sanitarie locali, tenuto conto di criteri e metodologie stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentito l'Istituto superiore di sanità, gli interventi operativi più idonei per:

a) individuare le fasce di popolazione portatrici asintomatiche con rischio di trasmettere la malattia;

b) adottare strategie di diagnosi precoce in tutti i nati;

c) programmare gli interventi sanitari conseguenti alle attività di cui alle lettere a) e b).

## **Art. 3.**

### **(Obblighi delle regioni)**

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano tramite le unità sanitarie locali provvedono a fornire gratuitamente il materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario per l'aerosolterapia anche ultrasonica, l'ossigenoterapia, l'antibiototerapia, la fisiochinesiterapia e la riabilitazione, la terapia nutrizionale enterale e parenterale e quanto altro ritenuto essenziale per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di fibrosi cistica. I farmaci, i supplementi nutrizionali, i presidi sanitari e le apparecchiature di terapia e riabilitazione sono forniti ai pazienti di-

rettamente dalle unità sanitarie locali di residenza su prescrizione di un centro di cui al comma 2.

2. Le regioni istituiscono, a livello ospedaliero o universitario, un centro regionale specializzato di riferimento con funzioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione dei malati, di orientamento e coordinamento delle attività sanitarie, sociali, formative ed informative e, dove ne esistano le condizioni adeguate, di ricerca sulla fibrosi cistica, per le finalità di cui all'articolo 1. Le regioni con popolazione inferiore a un milione e cinquecentomila abitanti, per ragioni di efficienza, qualificazione ed economia di risorse, possono costituire un consorzio con regioni limitrofe per l'istituzione del centro specializzato di riferimento.

3. Le regioni predispongono interventi per l'istituzione del centro di cui al comma 2, con riferimento agli indirizzi del piano sanitario nazionale, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.

4. Le regioni assicurano al centro di cui al comma 2 strutture, personale e attrezzature adeguati alla consistenza numerica dei pazienti assistiti e della popolazione residente, sulla base di valutazioni epidemiologiche e delle funzioni di cui al medesimo comma 2.

5. Il centro di cui al comma 2 può valersi del supporto assistenziale di servizi ospedalieri o territoriali da esso individuati nell'ambito della regione o delle regioni consorziate; esso coordina le funzioni e le attività dei servizi di supporto inerenti l'assistenza ai malati di fibrosi cistica sulla base di piani e protocolli unitari.

6. Al centro di cui al comma 2 competono anche le funzioni di diagnosi, cura e assistenza nonché le funzioni previste dall'articolo 5 della legge 16 marzo 1987, n. 115, per i malati di fibrosi cistica e diabete.

7. Le regioni predispongono specifici stanziamenti per promuovere e sostenere le attività di ricerca rivolte alla prevenzione

e alla cura della fibrosi cistica, laddove esistano centri o condizioni adeguati per lo svolgimento di tale tipo di ricerca.

8. Le regioni assicurano l'eventuale trapianto di organi ed il servizio di trasporto immediato, anche aereo, per tale trapianto, senza alcun onere per il paziente e per la sua famiglia, indipendentemente dal reddito.

#### **Art. 4.**

##### **(Tessera personale)**

1. Al cittadino affetto da fibrosi cistica è rilasciata, dal centro di cui al comma 2 dell'articolo 3, una tessera personale che attesta l'esistenza della malattia. Il modello della tessera deve corrispondere alle indicazioni stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. La tessera di cui al comma 1 riporta, nella forma più adeguata per una lettura automatizzata, le patologie e le complicanze correlate alla malattia di base; qualora il malato sia affetto da diabete secondario a fibrosi cistica, tale tessera è sostitutiva di quella prevista per i diabetici dall'articolo 4 della legge 16 marzo 1987, n. 115.

3. I cittadini muniti della tessera personale di cui al comma 1 hanno diritto alle prestazioni previste dal comma 1 dell'articolo 3.

4. In via transitoria, fino al rilascio della tessera personale di cui al comma 1, la tessera è sostituita da certificazione rilasciata da un centro di cui al comma 2 dell'articolo 3.

#### **Art. 5.**

##### **(Assistenza ospedaliera e domiciliare)**

1. I centri di cui al comma 2 dell'articolo 3 provvedono alla cura e alla riabilitazione dei malati di fibrosi cistica sia in regime ospedaliero, sia in regime ambulatoriale e di day-hospital, sia a domicilio.

2. Le cure a domicilio sono assicurate in regime di ospedalizzazione domiciliare continuativa, su richiesta del paziente o del suo tutore, con la collaborazione del medico di libera scelta e con il sostegno di personale medico, infermieristico e riabilitativo, nonché di personale operante nel campo dell'assistenza sociale, adeguatamente preparato dai centri di cui al comma 2 dell'articolo 3.

3 Al fine di facilitare il trattamento di cura e di riabilitazione è consentita per la terapia della fibrosi cistica la prescrizione multipla di farmaci di cui all'articolo 1, comma 9, della legge 1 febbraio 1989, n. 37

#### **Art. 6.** **(Educazione sanitaria)**

1. Le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria in materia di fibrosi cistica rivolte alla globalità della popolazione, in collaborazione con i centri di cui al comma 2 dell'articolo 3.

#### **Art. 7.** **(Attività sportive)**

1. La fibrosi cistica non costituisce motivo ostativo alla concessione dell'idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive.

2. I protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica sono definiti dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 23 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

#### **Art. 8.** **(Servizio militare e servizi sostitutivi)**

1. I cittadini affetti da fibrosi cistica sono esonerati dal servizio militare e dai servizi sostitutivi di esso.

2. Per l'esenzione di cui al comma 1 fa fede la certificazione di malattia redatta da un centro di cui al comma 2 dell'articolo

3, o da una struttura ospedaliera o universitaria coordinata dal centro stesso ai sensi del comma 5 dell'articolo 3

**Art. 9**  
**(Associazioni di volontariato)**

1. Per il raggiungimento delle finalità di cui alla presente legge, i centri di cui al comma 2 dell'articolo 3 e le unità sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e del sostegno delle associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dalla legge 11 agosto 1991, n. 266.

**Art. 10.**  
**(Entrata in vigore e copertura finanziaria)**

1. La presente legge entra in vigore il 1 gennaio 1994.

2. L'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in lire 15 miliardi per l'anno 1994 e in lire 10 miliardi per ciascuno degli anni 1995 e 1996, è a carico dello stanziamento di bilancio relativo al Fondo sanitario nazionale di parte corrente iscritto nell'apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero del tesoro per il 1994 e corrispondenti capitoli per gli anni successivi.

3. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. ((COMMA ABROGATO DALLA L. 23 DICEMBRE 2014, N. 190)).

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 23 dicembre 1993

B)

**Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. legge 104/92**

### **Art. 1.**

#### **Finalità**

1. La Repubblica:

a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;

b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;

c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;

d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

### **Art. 2.**

#### **Principi generali**

1. La presente legge detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata. Essa costituisce inoltre riforma economico-sociale della Repubblica, ai sensi dell'articolo 4 dello Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 5.

**Art. 3.**  
**Soggetti aventi diritto**

1. È persona handicappata 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.

2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

3. 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. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.

**Art. 4.**  
**Accertamento dell'handicap**

1. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.

## **Art. 5.**

### **Principi generali per i diritti della persona handicappata**

1. La rimozione delle cause invalidanti, la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale sono perseguite attraverso i seguenti obiettivi:

a) sviluppare la ricerca scientifica, genetica, biomedica, psicopedagogica, sociale e tecnologica anche mediante programmi finalizzati concordati con istituzioni pubbliche e private, in particolare con le sedi universitarie, con il Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), con i servizi sanitari e sociali, considerando la persona handicappata e la sua famiglia, se coinvolti, soggetti partecipi e consapevoli della ricerca;

b) assicurare la prevenzione, la diagnosi e la terapia prenatale e precoce delle minorazioni e la ricerca sistematica delle loro cause;

c) garantire l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicuri il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale;

d) assicurare alla famiglia della persona handicappata un'informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento, anche in relazione alle possibilità di recupero e di integrazione della persona handicappata nella società;

e) assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi socio-sanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata, attivandone le potenziali capacità;

f) assicurare la prevenzione primaria e secondaria in tutte le fasi di maturazione e di sviluppo del bambino e del soggetto minore per evitare o constatare tempestivamente l'insorgenza della minorazione o per ridurre e superare i danni della minorazione sopraggiunta;

g) attuare il decentramento territoriale dei servizi e degli interventi rivolti alla prevenzione, al sostegno e al recupero della persona handicappata, assicurando il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali sulla base degli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142;

h) garantire alla persona handicappata e alla famiglia adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici integrativi per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente articolo;

i) promuovere, anche attraverso l'apporto di enti e di associazioni, iniziative permanenti di informazione e di partecipazione della popolazione, per la prevenzione e per la cura degli handicap, la riabilitazione e l'inserimento sociale di chi ne è colpito;

l) garantire il diritto alla scelta dei servizi ritenuti più idonei anche al di fuori della circoscrizione territoriale;

m) promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale anche mediante l'attivazione dei servizi previsti dalla presente legge.

## **Art. 6.**

### **Prevenzione e diagnosi precoce**

1. Gli interventi per la prevenzione e la diagnosi prenatale e precoce delle minorazioni si attuano nel quadro della programmazione sanitaria di cui agli articoli 53 e 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni.

2. Le regioni, conformemente alle competenze e alle attribuzioni di cui alla legge 8 giugno 1990, n. 142, e alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, disciplinano entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:

a) l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione sulle cause e sulle conseguenze dell'handicap, nonché sulla prevenzione in fase preconcezionale, durante la gravidanza, il parto, il periodo neonatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita, e sui servizi che svolgono tali funzioni;

b) l'effettuazione del parto con particolare rispetto dei ritmi e dei bisogni naturali della partoriente e del nascituro;

c) l'individuazione e la rimozione, negli ambienti di vita e di lavoro, dei fattori di rischio che possono determinare malformazioni congenite e patologie invalidanti;

d) i servizi per la consulenza genetica e la diagnosi prenatale e precoce per la prevenzione delle malattie genetiche che possono essere causa di handicap fisici, psichici, sensoriali di neuro-motulesioni;

e) il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e la terapia di eventuali patologie complicanti la gravidanza e la prevenzione delle loro conseguenze;

f) l'assistenza intensiva per la gravidanza, i parti e le nascite a rischio;

g) nel periodo neonatale, gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e l'obbligatorietà del controllo per l'individuazione ed il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica. Le modalità dei controlli e della loro applicazione sono disciplinate con atti di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Con tali atti possono essere individuate altre forme di endocrinopatie e di errori congeniti del metabolismo alle quali estendere l'indagine per tutta la popolazione neonatale;

h) un'attività di prevenzione permanente che tuteli i bambini fin dalla nascita anche mediante il coordinamento con gli operatori degli asili nido, delle scuole materne e dell'obbligo, per accertare l'inesistenza o l'insorgenza di patologie e di cause inva-

lidanti e con controlli sul bambino entro l'ottavo giorno, al trentesimo giorno, entro il sesto ed il nono mese di vita e ogni due anni dal compimento del primo anno di vita. È istituito a tal fine un libretto sanitario personale, con le caratteristiche di cui all'articolo 27 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, su cui sono riportati i risultati dei suddetti controlli ed ogni altra notizia sanitaria utile a stabilire lo stato di salute del bambino;

i) gli interventi informativi, educativi, di partecipazione e di controllo per eliminare la nocività ambientale e prevenire gli infortuni in ogni ambiente di vita e di lavoro, con particolare riferimento agli incidenti domestici.

3. Lo Stato promuove misure di profilassi atte a prevenire ogni forma di handicap, con particolare riguardo alla vaccinazione contro la rosolia.

## **Art. 7.**

### **Cura e riabilitazione**

1. La cura e la riabilitazione della persona handicappata si realizzano con programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, che valorizzino le abilità di ogni persona handicappata e agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità. A questo fine il Servizio sanitario nazionale, tramite le strutture proprie o convenzionate, assicura:

a) gli interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona handicappata, nonché gli specifici interventi riabilitativi e ambulatoriali, a domicilio o presso i centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale di cui all'articolo 8, comma 1, lettera l);

b) la fornitura e la riparazione di apparecchiature, attrezzature, protesi e sussidi tecnici necessari per il trattamento delle menomazioni.

2. Le regioni assicurano la completa e corretta informazione sui servizi ed ausili presenti sul territorio, in Italia e all'estero.

### **Art. 8.**

#### **Inserimento ed integrazione sociale**

1. L'inserimento e l'integrazione sociale della persona handicappata si realizzano mediante:

a) interventi di carattere socio-psicopedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico ai sensi della normativa vigente, a sostegno della persona handicappata e del nucleo familiare in cui è inserita;

b) servizi di aiuto personale alla persona handicappata in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale;

c) interventi diretti ad assicurare l'accesso agli edifici pubblici e privati e ad eliminare o superare le barriere fisiche e architettoniche che ostacolano i movimenti nei luoghi pubblici o aperti al pubblico;

d) provvedimenti che rendano effettivi il diritto all'informazione e il diritto allo studio della persona handicappata, con particolare riferimento alle dotazioni didattiche e tecniche, ai programmi, a linguaggi specializzati, alle prove di valutazione e alla disponibilità di personale appositamente qualificato, docente e non docente;

e) adeguamento delle attrezzature e del personale dei servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali;

f) misure atte a favorire la piena integrazione nel mondo del lavoro, in forma individuale o associata, e la tutela del posto di lavoro anche attraverso incentivi diversificati;

g) provvedimenti che assicurino la fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e privato e la organizzazione di trasporti specifici;

h) affidamenti e inserimenti presso persone e nuclei familiari;

i) organizzazione e sostegno di comunità-alloggio, case famiglia e analoghi servizi residenziali inseriti nei centri abitati per favorire la deistituzionalizzazione e per assicurare alla persona handicappata, priva anche temporaneamente di una idonea sistemazione familiare, naturale o affidataria, un ambiente di vita adeguato;

l) istituzione o adattamento di centri socio-riabilitativi ed educativi diurni, a valenza educativa, che perseguano lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l'obbligo scolastico, e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa. Gli standard dei centri socio-riabilitativi sono definiti dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

m) organizzazione di attività extrascolastiche per integrare ed estendere l'attività educativa in continuità ed in coerenza con l'azione della scuola.

## **Art. 9.**

### **Servizio di aiuto personale**

1. Il servizio di aiuto personale, che può essere istituito dai comuni o dalle unità sanitarie locali nei limiti delle proprie ordinarie risorse di bilancio, è diretto ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesici o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e

le possibilità di integrazione dei cittadini stessi, e comprende il servizio di interpretariato per i cittadini non udenti.

2. Il servizio di aiuto personale è integrato con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti sul territorio e può avvalersi dell'opera aggiuntiva di:

a) coloro che hanno ottenuto il riconoscimento dell'obiezione di coscienza ai sensi della normativa vigente, che ne facciano richiesta;

b) cittadini di età superiore ai diciotto anni che facciano richiesta di prestare attività volontaria;

c) organizzazioni di volontariato.

3. Il personale indicato alle lettere a), b), c) del comma 2 deve avere una formazione specifica.

4. Al personale di cui alla lettera b) del comma 2 si estende la disciplina dettata dall'articolo 2, comma 2, della legge 11 agosto 1991, n. 266.

## **Art. 10.**

### **Interventi a favore di persone con handicap in situazione di gravità**

1. I comuni, anche consorziati tra loro o con le province, le loro unioni, le comunità montane e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle competenze in materia di servizi sociali loro attribuite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, possono realizzare con le proprie ordinarie risorse di bilancio, assicurando comunque il diritto alla integrazione sociale e scolastica secondo le modalità stabilite dalla presente legge e nel rispetto delle priorità degli interventi di cui alla legge 4 maggio 1983, n. 184, comunità alloggio e centri socio-riabilitativi per persone con handicap in situazione di gravità.

2. Le strutture di cui alla lettera l) e le attività di cui alla lettera m) del comma 1 dell'articolo 8 sono realizzate d'intesa con

il gruppo di lavoro per l'integrazione scolastica di cui all'articolo 15 e con gli organi collegiali della scuola.

3. Gli enti di cui al comma 1 possono contribuire, mediante appositi finanziamenti, previo parere della regione sulla congruità dell'iniziativa rispetto ai programmi regionali, alla realizzazione e al sostegno di comunità-alloggio e centri socio-riabilitativi per persone handicappate in situazione di gravità, promossi da enti, associazioni, fondazioni, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), società cooperative e organizzazioni di volontariato iscritte negli albi regionali.

4. Gli interventi di cui al comma 1 e 3 del presente articolo possono essere realizzati anche mediante le convenzioni di cui all'articolo 38.

5. Per la collocazione topografica, l'organizzazione e il funzionamento, le comunità-alloggio e i centri socio riabilitativi devono essere idonei a perseguire una costante socializzazione dei soggetti ospiti, anche mediante iniziative dirette a coinvolgere i servizi pubblici e il volontariato.

6. L'approvazione dei progetti edilizi presentati da soggetti pubblici o privati concernenti immobili da destinare alle comunità alloggi ed ai centri socio-riabilitativi di cui ai commi 1 e 3, con vincolo di destinazione almeno ventennale all'uso effettivo dell'immobile per gli scopi di cui alla presente legge, ove localizzati in aree vincolate o a diversa specifica destinazione, fatte salve le norme previste dalla legge 29 giugno 1939, n. 1497, e successive modificazioni, e dal decreto-legge 27 giugno 1985, n. 312, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1985, n. 431, costituisce variante del piano regolatore. Il venir meno dell'uso effettivo per gli scopi di cui alla presente legge prima del ventesimo anno comporta il ripristino della originaria destinazione urbanistica dell'area.

## **Art. 11.**

### **Soggiorno all'estero per cure**

1. Nei casi in cui vengano concesse le deroghe di cui all'articolo 7 del decreto del Ministro della sanità 3 novembre 1989, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 273 del 22 novembre 1989, ove nel centro di altissima specializzazione estero non sia previsto il ricovero ospedaliero per tutta la durata degli interventi autorizzati, il soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore in alberghi o strutture collegate con il centro è equiparato a tutti gli effetti alla degenza ospedaliera ed è rimborsabile nella misura prevista dalla deroga.

2. La commissione centrale presso il Ministero della sanità di cui all'articolo 8 del decreto del Ministro della sanità 3 novembre 1989, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 273 del 22 novembre 1989, esprime il parere sul rimborso per i soggiorni collegati agli interventi autorizzati dalle regioni sulla base di criteri fissati con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con il quale sono disciplinate anche le modalità della corresponsione di acconti alle famiglie.

## **Art. 12.**

### **Diritto all'educazione e all'istruzione**

1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.

2. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.

3. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.

4. L'esercizio del diritto all'educazione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né di altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap.

5. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato, alla cui definizione provvedono congiuntamente, con la collaborazione dei genitori della persona handicappata, gli operatori delle unità sanitarie locali e, per ciascun grado di scuola, personale insegnante specializzato della scuola, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico individuato secondo criteri stabiliti dal Ministro della pubblica istruzione. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche e sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap e le possibilità di recupero, sia le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate nel rispetto delle scelte culturali della persona handicappata.

6. Alla elaborazione del profilo dinamico-funzionale iniziale seguono, con il concorso degli operatori delle unità sanitarie locali, della scuola e delle famiglie, verifiche per controllare gli effetti dei diversi interventi e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico.

7. I compiti attribuiti alle unità sanitarie locali dai commi 5 e 6 sono svolti secondo le modalità indicate con apposito atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

8. Il profilo dinamico-funzionale è aggiornato a conclusione della scuola materna, della scuola elementare e della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.

9. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la

scuola, sono comunque garantire l'educazione e l'istruzione scolastica. A tal fine il provveditore agli studi, d'intesa con le unità sanitarie locali e i centri di recupero e di riabilitazione, pubblici e privati, convenzionati con i Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, provvede alla istituzione, per i minori ricoverati, di classi ordinarie quali sezioni staccate della scuola statale. A tali classi possono essere ammessi anche i minori ricoverati nei centri di degenza, che non versino in situazioni di handicap e per i quali sia accertata l'impossibilità della frequenza della scuola dell'obbligo per un periodo non inferiore a trenta giorni di lezione. La frequenza di tali classi, attestata dall'autorità scolastica mediante una relazione sulle attività svolte dai docenti in servizio presso il centro di degenza, è equiparata ad ogni effetto alla frequenza delle classi alle quali i minori sono iscritti.

10. Negli ospedali, nelle cliniche e nelle divisioni pediatriche gli obiettivi di cui al presente articolo possono essere perseguiti anche mediante l'utilizzazione di personale in possesso di specifica formazione psicopedagogica che abbia una esperienza acquisita presso i nosocomi o segua un periodo di tirocinio di un anno sotto la guida di personale esperto.

### **Art. 13.**

#### **Integrazione scolastica**

1. L'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado e nelle università si realizza, fermo restando quanto previsto dalle leggi 11 maggio 1976, n. 360, e 4 agosto 1977, n. 517, e successive modificazioni, anche attraverso:

a) la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati. A tale scopo gli enti locali, gli organi scolastici e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, stipulano gli ac-

cordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con i Ministri per gli affari sociali e della sanità, sono fissati agli indirizzi per la stipula degli accordi di programma.

Tali accordi di programma sono finalizzati alla predisposizione, attuazione e verifica congiunta di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché a forme di integrazione tra attività scolastiche e attività integrative extrascolastiche. Negli accordi sono altresì previsti i requisiti che devono essere posseduti dagli enti pubblici e privati ai fini della partecipazione alle attività di collaborazione coordinate;

b) la dotazione alle scuole e alle università di attrezzature tecniche e di sussidi didattici nonché di ogni forma di ausilio tecnico, ferma restando la dotazione individuale di ausili e presidi funzionali all'effettivo esercizio del diritto allo studio, anche mediante convenzioni con centri specializzati, aventi funzione di consulenza pedagogica, di produzione e adattamento di specifico materiale didattico;

c) la programmazione da parte dell'università di interventi adeguati sia al bisogno della persona sia alla peculiarità del piano di studio individuale;

d) l'attribuzione, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di incarichi professionali ad interpreti da destinare alle università, per facilitare la frequenza e l'apprendimento di studenti non udenti.

e) la sperimentazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 419, da realizzare nelle classi frequentate da alunni con handicap.

2. Per le finalità di cui al comma 1, gli enti locali e le unità sanitarie locali possono altresì prevedere l'adeguamento dell'organizzazione e del funzionamento degli asili nido alle esigenze

dei bambini con handicap, al fine di avviarne precocemente il recupero, la socializzazione e l'integrazione, nonché l'assegnazione di personale docente specializzato e di operatori ed assistenti specializzati.

3. Nelle scuole di ogni ordine e grado, fermo restando, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e successive modificazioni, l'obbligo per gli enti locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali, sono garantite attività di sostegno mediante l'assegnazione di docenti specializzati.

4. I posti di sostegno per la scuola secondaria di secondo grado sono determinati nell'ambito dell'organico del personale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge in modo da assicurare un rapporto almeno pari a quello previsto per gli altri gradi di istruzione e comunque entro i limiti delle disponibilità finanziarie all'uopo preordinate dall'articolo 42, comma 6, lettera h).

5. Nella scuola secondaria di primo e secondo grado sono garantite attività didattiche di sostegno, con priorità per le iniziative sperimentali di cui al comma 1, lettera e), realizzate con docenti di sostegno specializzati.

6. Gli insegnanti di sostegno assumono la contitolarità delle sezioni e delle classi in cui operano, partecipano alla programmazione educativa e didattica e alla elaborazione e verifica delle attività di competenza dei consigli di interclasse, dei consigli di classe e dei collegi dei docenti.

6-bis. Agli studenti handicappati iscritti all'università sono garantiti sussidi tecnici e didattici specifici, realizzati anche attraverso le convenzioni di cui alla lettera b) del comma 1, nonché il supporto di appositi servizi di tutorato specializzato, istituiti dalle università nei limiti del proprio bilancio e delle risorse destinate alla copertura degli oneri di cui al presente comma, nonché ai commi 5 e 5-bis dell'articolo 16.

## Art. 14.

### Modalità di attuazione dell'integrazione

1. Il Ministro della pubblica istruzione provvede alla formazione e all'aggiornamento del personale docente per l'acquisizione di conoscenze in materia di integrazione scolastica degli studenti handicappati, ai sensi dell'articolo 26 del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1988, n. 399, nel rispetto delle modalità di coordinamento con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di cui all'articolo 4 della legge 9 maggio 1989, n. 168. Il Ministro della pubblica istruzione provvede altresì:

a) all'attivazione di forme sistematiche di orientamento, particolarmente qualificate per la persona handicappata, con inizio almeno dalla prima classe della scuola secondaria di primo grado;

b) all'organizzazione dell'attività educativa e didattica secondo il criterio della flessibilità nell'articolazione delle sezioni e delle classi, anche aperte, in relazione alla programmazione scolastica individualizzata;

c) a garantire la continuità educativa fra i diversi gradi di scuola, prevedendo forme obbligatorie di consultazione tra insegnanti del ciclo inferiore e del ciclo superiore ed il massimo sviluppo dell'esperienza scolastica della persona handicappata in tutti gli ordini e gradi di scuola, consentendo il completamento della scuola dell'obbligo anche sino al compimento del diciottesimo anno di età; nell'interesse dell'alunno, con deliberazione del collegio dei docenti, sentiti gli specialisti di cui all'articolo 4, secondo comma, lettera l), del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 416, su proposta del consiglio di classe o di interclasse, può essere consentita una terza ripetenza in singole classi.

2. I piani di studio delle scuole di specializzazione di cui all'articolo 4 della legge 19 novembre 1990, n. 341, per il conseguimento del diploma abilitante all'insegnamento nelle scuole

secondarie, comprendono, nei limiti degli stanziamenti già preordinati in base alla legislazione vigente per la definizione dei suddetti piani di studio, discipline facoltative, attinenti all'integrazione degli alunni handicappati, determinate ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della citata legge n. 341 del 1990. Nel diploma di specializzazione conseguito ai sensi del predetto articolo 4 deve essere specificato se l'insegnante ha sostenuto gli esami relativi all'attività didattica di sostegno per le discipline cui il diploma stesso si riferisce, nel qual caso la specializzazione ha valore abilitante anche per l'attività didattica di sostegno.

3. La tabella del corso di laurea definita ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata legge n. 341 del 1990 comprende, nei limiti degli stanziamenti già preordinati in base alla legislazione vigente per la definizione delle tabelle dei corsi di laurea, insegnamenti facoltativi attinenti all'integrazione scolastica degli alunni handicappati. Il diploma di laurea per l'insegnamento nelle scuole materne ed elementari di cui all'articolo 3, comma 2, della citata legge n. 341 del 1990 costituisce titolo per l'ammissione ai concorsi per l'attività didattica di sostegno solo se siano stati sostenuti gli esami relativi, individuati come obbligatori per la preparazione all'attività didattica di sostegno, nell'ambito della tabella suddetta definita ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della medesima legge n. 341 del 1990.

4. L'insegnamento delle discipline facoltative previste nei piani di studio delle scuole di specializzazione di cui al comma 2 e dei corsi di laurea di cui al comma 3 può essere impartito anche da enti o istituti specializzati all'uopo convenzionati con le università, le quali disciplinano le modalità di espletamento degli esami e i relativi controlli. I docenti relatori dei corsi di specializzazione devono essere in possesso del diploma di laurea e del diploma di specializzazione.

5. Fino alla prima applicazione dell'articolo 9 della citata legge n. 341 del 1990, relativamente alla scuola di specializzazione si

applicano le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 417, e successive modificazioni, al decreto del Presidente della Repubblica 31 ottobre 1975, n. 970, e all'articolo 65 della legge 20 maggio 1982, n. 270.

6. L'utilizzazione in posti di sostegno di docenti privi dei prescritti titoli di specializzazione è consentita unicamente qualora manchino docenti di ruolo o non di ruolo specializzati.

7. Gli accordi di programma di cui all'articolo 13, comma 1, lettera a), possono prevedere lo svolgimento di corsi di aggiornamento comuni per il personale delle scuole, delle unità sanitarie locali e degli enti locali, impegnati in piani educativi e di recupero individualizzati.

### **Art. 15.**

#### **Gruppi di lavoro per l'integrazione scolastica**

1. Presso ogni ufficio scolastico provinciale è istituito un gruppo di lavoro composto da: un ispettore tecnico nominato dal provveditore agli studi, un esperto della scuola utilizzato ai sensi dell'articolo 14, decimo comma, della legge 20 maggio 1982, n. 270, e successive modificazioni, due esperti designati dagli enti locali, due esperti delle unità sanitarie locali, tre esperti designati dalle associazioni delle persone handicappate maggiormente rappresentative a livello provinciale nominati dal provveditore agli studi sulla base dei criteri indicati dal Ministro della pubblica istruzione entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il gruppo di lavoro dura in carica tre anni.

2. Presso ogni circolo didattico ed istituto di scuola secondaria di primo e secondo grado sono costituiti gruppi di studio e di lavoro composti da insegnanti, operatori dei servizi, familiari e studenti con il compito di collaborare alle iniziative educative e di integrazione predisposte dal piano educativo.

3. I gruppi di lavoro di cui al comma 1 hanno compiti di consulenza e proposta al provveditore agli studi, di consulenza alle singole scuole, di collaborazione con gli enti locali e le unità sanitarie locali per la conclusione e la verifica dell'esecuzione degli accordi di programma di cui agli articoli 13, 39 e 40, per l'impostazione e l'attuazione dei piani educativi individualizzati, nonché per qualsiasi altra attività inerente all'integrazione degli alunni in difficoltà di apprendimento.

4. I gruppi di lavoro predispongono annualmente una relazione da inviare al Ministro della pubblica istruzione ed al presidente della giunta regionale. Il presidente della giunta regionale può avvalersi della relazione ai fini della verifica dello stato di attuazione degli accordi di programma di cui agli articoli 13, 39 e 40.

#### **Art. 16.**

##### **Valutazione del rendimento e prove d'esame**

1. Nella valutazione degli alunni handicappati da parte degli insegnanti è indicato, sulla base del piano educativo individualizzato, per quali discipline siano stati adottati particolari criteri didattici, quali attività integrative e di sostegno siano state svolte, anche in sostituzione parziale dei contenuti programmatici di alcune discipline.

2. Nella scuola dell'obbligo sono predisposte, sulla base degli elementi conoscitivi di cui al comma 1, prove d'esame corrispondenti agli insegnamenti impartiti e idonee a valutare il progresso dell'allievo in rapporto alle sue potenzialità e ai livelli di apprendimento iniziali.

3. Nell'ambito della scuola secondaria di secondo grado, per gli alunni handicappati sono consentite prove equipollenti e tempi più lunghi per l'effettuazione delle prove scritte o grafiche e la presenza di assistenti per l'autonomia e la comunicazione.

4. Gli alunni handicappati sostengono le prove finalizzate alla valutazione del rendimento scolastico o allo svolgimento di esami anche universitari con l'uso degli ausili loro necessari.

### **Art. 17.**

#### **Formazione professionale**

1. Le regioni, in attuazione di quanto previsto dagli articoli 3, primo comma, lettere l) e m), e 8, primo comma, lettere g) e h), della legge 21 dicembre 1978, n. 845, realizzano l'inserimento della persona handicappata negli ordinari corsi di formazione professionale dei centri pubblici e privati e garantiscono agli allievi handicappati che non siano in grado di avvalersi dei metodi di apprendimento ordinari l'acquisizione di una qualifica anche mediante attività specifica nell'ambito delle attività del centro di formazione professionale tenendo conto dell'orientamento emerso dai piani educativi individualizzati realizzati durante l'iter scolastico. A tal fine forniscono ai centri i sussidi e le attrezzature necessarie.

2. I corsi di formazione professionale tengono conto delle diverse capacità ed esigenze della persona handicappata che, di conseguenza, è inserita in classi comuni o in corsi specifici o in corsi prelaborativi.

3. Nei centri di formazione professionale sono istituiti corsi per le persone handicappate non in grado di frequentare i corsi normali. I corsi possono essere realizzati nei centri di riabilitazione, quando vi siano svolti programmi di ergoterapia e programmi finalizzati all'addestramento professionale, ovvero possono essere realizzati dagli enti di cui all'articolo 5 della citata legge n. 845 del 1978, nonché da organizzazioni di volontariato e da enti autorizzati da leggi vigenti. Le regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvedono ad adeguare alle disposizioni di cui al presente comma i programmi pluriennali e i piani annuali di attuazione per le attività

di formazione professionale di cui all'articolo 5 della medesima legge n. 845 del 1978.

4. Agli allievi che abbiano frequentato i corsi di cui al comma 2 è rilasciato un attestato di frequenza utile ai fini della graduatoria per il collocamento obbligatorio nel quadro economico-produttivo territoriale.

5. Fermo restando quanto previsto in favore delle persone handicappate dalla citata legge n. 845 del 1978, una quota del fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, è destinata ad iniziative di formazione e di avviamento al lavoro in forme sperimentali, quali tirocini, contratti di formazione, iniziative territoriali di lavoro guidato, corsi prelaborativi, sulla base di criteri e procedure fissati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

### **Art. 18.**

#### **Integrazione lavorativa**

1. Le regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplinano l'istituzione e la tenuta dell'albo regionale degli enti, istituzioni, cooperative sociali, di lavoro, di servizi, e dei centri di lavoro guidato, associazioni ed organizzazioni di volontariato che svolgono attività idonee a favorire l'inserimento e l'integrazione lavorativa di persone handicappate.

2. Requisiti per l'iscrizione all'albo di cui al comma 1, oltre a quelli previsti dalle leggi regionali, sono:

a) avere personalità giuridica di diritto pubblico o privato o natura di associazione, con i requisiti di cui al capo II del titolo II del libro I del codice civile;

b) garantire idonei livelli di prestazioni, di qualificazione del personale e di efficienza operativa.

3. Le regioni disciplinano le modalità di revisione ed aggiornamento biennale dell'albo di cui al comma 1.

4. I rapporti dei comuni, dei consorzi tra comuni e tra comuni e province, delle comunità montane e delle unità sanitarie locali con gli organismi di cui al comma 1 sono regolati da convenzioni conformi allo schema tipo approvato con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità e con il Ministro per gli affari sociali, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. L'iscrizione all'albo di cui al comma 1 è condizione necessaria per accedere alle convenzioni di cui all'articolo 38.

6. Le regioni possono provvedere con proprie leggi:

a) a disciplinare le agevolazioni alle singole persone handicappate per recarsi al posto di lavoro e per l'avvio e lo svolgimento di attività lavorative autonome;

b) a disciplinare gli incentivi, le agevolazioni e i contributi ai datori di lavoro anche ai fini dell'adattamento del posto di lavoro per l'assunzione delle persone handicappate.

## **Art. 19.**

### **Soggetti aventi diritto al collocamento obbligatorio**

1. In attesa dell'entrata in vigore della nuova disciplina del collocamento obbligatorio, le disposizioni di cui alla legge 2 aprile 1968, n. 482, e successive modificazioni, devono intendersi applicabili anche a coloro che sono affetti da minorazione psichica, i quali abbiano una capacità lavorativa che ne consente l'impiego in mansioni compatibili. Ai fini dell'avviamento al lavoro, la valutazione della persona handicappata tiene conto della capacità lavorativa e relazionale dell'individuo e non solo della minorazione fisica o psichica. La capacità lavorativa è accertata dalle commissioni di cui all'articolo 4 della presente legge, integrate ai sensi dello stesso articolo da uno specialista nelle discipline neurologiche, psichiatriche o psicologiche.

### **Art. 20.**

#### **Prove d'esame nei concorsi pubblici e per l'abilitazione alle professioni**

1. La persona handicappata sostiene le prove d'esame nei concorsi pubblici e per l'abilitazione alle professioni con l'uso degli ausili necessari e nei tempi aggiuntivi eventualmente necessari in relazione allo specifico handicap.

2. Nella domanda di partecipazione al concorso e all'esame per l'abilitazione alle professioni il candidato specifica l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi.

### **Art. 21.**

#### **Precedenza nell'assegnazione di sede**

1. La persona handicappata con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648, assunta presso gli enti pubblici come vincitrice di concorso o ad altro titolo, ha diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili.

2. I soggetti di cui al comma 1 hanno la precedenza in sede di trasferimento a domanda.

### **Art. 22.**

#### **Accertamenti ai fini del lavoro pubblico e privato**

1. Ai fini dell'assunzione al lavoro pubblico e privato non è richiesta la certificazione di sana e robusta costituzione fisica.

### **Art. 23.**

#### **Rimozione di ostacoli per l'esercizio di attività sportive, turistiche e ricreative**

1. L'attività e la pratica delle discipline sportive sono favorite senza limitazione alcuna. Il Ministro della sanità con proprio

decreto da emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce i protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate.

2. Le regioni e i comuni, i consorzi di comuni ed il Comitato olimpico nazionale italiano (CONI) realizzano, in conformità alle disposizioni vigenti in materia di eliminazione delle barriere architettoniche, ciascuno per gli impianti di propria competenza, l'accessibilità e la fruibilità delle strutture sportive e dei connessi servizi da parte delle persone handicappate.

3. Le concessioni demaniali per gli impianti di balneazione ed i loro rinnovi sono subordinati alla visitabilità degli impianti ai sensi del decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236, di attuazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13, e all'effettiva possibilità di accesso al mare delle persone handicappate.

4. Le concessioni autostradali ed i loro rinnovi sono subordinati alla visitabilità degli impianti ai sensi del citato decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236.

5. Chiunque, nell'esercizio delle attività di cui all'articolo 5, primo comma, della legge 17 maggio 1983, n. 217, o di altri pubblici esercizi, discrimina persone handicappate è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire un milione a lire dieci milioni e con la chiusura dell'esercizio da uno a sei mesi.

#### **Art. 24.**

##### **Eliminazione o superamento delle barriere architettoniche**

1. Tutte le opere edilizie riguardanti edifici pubblici e privati aperti al pubblico che sono suscettibili di limitare l'accessibilità e la visitabilità di cui alla legge 9 gennaio 1989, n. 13, e successive modificazioni, sono eseguite in conformità alle disposizioni di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive mo-

dificazioni, al regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, alla citata legge n. 13 del 1989, e successive modificazioni, e al citato decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236.

2. Per gli edifici pubblici e privati aperti al pubblico soggetti ai vincoli di cui alle leggi 1o giugno 1939, n. 1089, e successive modificazioni, e 29 giugno 1939, n. 1497, e successive modificazioni, nonché ai vincoli previsti da leggi speciali aventi le medesime finalità, qualora le autorizzazioni previste dagli articoli 4 e 5 della citata legge n. 13 del 1989 non possano venire concesse, per il mancato rilascio del nulla osta da parte delle autorità competenti alla tutela del vincolo, la conformità alle norme vigenti in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche può essere realizzata con opere provvisoriale, come definite dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 7 gennaio 1956, n. 164, nei limiti della compatibilità suggerita dai vincoli stessi.

3. Alle comunicazioni al comune dei progetti di esecuzione dei lavori riguardanti edifici pubblici e aperti al pubblico, di cui al comma 1, rese ai sensi degli articoli 15, terzo comma, e 26, secondo comma, della legge 28 febbraio 1985, n. 47, e successive modificazioni, sono allegate una documentazione grafica e una dichiarazione di conformità alla normativa vigente in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche, anche ai sensi del comma 2 del presente articolo.

4. Il rilascio della concessione o autorizzazione edilizia per le opere di cui al comma 1 è subordinato alla verifica della conformità del progetto compiuta dall'ufficio tecnico o dal tecnico incaricato dal comune. Il sindaco, nel rilasciare il certificato di agibilità e di abitabilità per le opere di cui al comma 1, deve accertare che le opere siano state realizzate nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di eliminazione delle barriere architettoniche. A tal fine può richiedere al proprietario dell'immobile

o all'intestatario della concessione una dichiarazione resa sotto forma di perizia giurata redatta da un tecnico abilitato.

5. Nel caso di opere pubbliche, fermi restando il divieto di finanziamento di cui all'articolo 32, comma 20, della legge 28 febbraio 1986, n. 41, e l'obbligo della dichiarazione del progettista, l'accertamento di conformità alla normativa vigente in materia di eliminazione delle barriere architettoniche spetta all'Amministrazione competente, che dà atto in sede di approvazione del progetto.

6. La richiesta di modifica di destinazione d'uso di edifici in luoghi pubblici o aperti al pubblico è accompagnata dalla dichiarazione di cui al comma 3. Il rilascio del certificato di agibilità e di abitabilità è condizionato alla verifica tecnica della conformità della dichiarazione allo stato dell'immobile.

7. Tutte le opere realizzate negli edifici pubblici e privati aperti al pubblico in difformità dalle disposizioni vigenti in materia di accessibilità e di eliminazione delle barriere architettoniche, nelle quali le difformità siano tali da rendere impossibile l'utilizzazione dell'opera da parte delle persone handicappate, sono dichiarate inabitabili e inagibili. Il progettista, il direttore dei lavori, il responsabile tecnico degli accertamenti per l'agibilità o l'abitabilità ed il collaudatore, ciascuno per la propria competenza, sono direttamente responsabili. Essi sono puniti con l'ammenda da lire 10 milioni a lire 50 milioni e con la sospensione dai rispettivi albi professionali per un periodo compreso da uno a sei mesi.

8. Il Comitato per l'edilizia residenziale (CER), di cui all'articolo 3 della legge 5 agosto 1978, n. 457, fermo restando il divieto di finanziamento di cui all'articolo 32, comma 20, della citata legge n. 41 del 1986, dispone che una quota dei fondi per la realizzazione di opere di urbanizzazione e per interventi di recupero sia utilizzata per la eliminazione delle barriere architettoniche negli insediamenti di edilizia residenziale pubblica realizzati prima della data di entrata in vigore della presente legge.

9. I piani di cui all'articolo 32, comma 21, della citata legge n. 41 del 1986 sono modificati con integrazioni relative all'accessibilità degli spazi urbani, con particolare riferimento all'individuazione e alla realizzazione di percorsi accessibili, all'installazione di semafori acustici per non vedenti, alla rimozione della segnaletica installata in modo da ostacolare la circolazione delle persone handicappate.

10. Nell'ambito della complessiva somma che in ciascun anno la Cassa depositi e prestiti concede agli enti locali per la contrazione di mutui con finalità di investimento, una quota almeno pari al 2 per cento è destinata ai prestiti finalizzati ad interventi di ristrutturazione e recupero in attuazione delle norme di cui al regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384.

11. I comuni adeguano i propri regolamenti edilizi alle disposizioni di cui all'articolo 27 della citata legge n. 118 del 1971, all'articolo 2 del citato regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica n. 384 del 1978, alla citata legge n. 13 del 1989, e successive modificazioni, e al citato decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Scaduto tale termine, le norme dei regolamenti edilizi comunali contrastanti con le disposizioni del presente articolo perdono efficacia.

## **Art. 25.**

### **Accesso alla informazione e alla comunicazione**

1. Il Ministro delle poste e delle telecomunicazioni contribuisce alla realizzazione di progetti elaborati dalle concessionarie per i servizi radiotelevisivi e telefonici volti a favorire l'accesso all'informazione radiotelevisiva e alla telefonia anche mediante installazione di decodificatori e di apparecchiature complementari, nonché mediante l'adeguamento delle cabine telefoniche.

2. All'atto di rinnovo o in occasione di modifiche delle convenzioni per la concessione di servizi radiotelevisivi o telefonici sono previste iniziative atte a favorire la ricezione da parte di persone con handicap sensoriali di programmi di informazione, culturali e di svago e la diffusione di decodificatori.

## **Art. 26.**

### **Mobilità e trasporti collettivi**

1. Le regioni disciplinano le modalità con le quali i comuni dispongono gli interventi per consentire alle persone handicappate la possibilità di muoversi liberamente sul territorio, usufruendo, alle stesse condizioni degli altri cittadini, dei servizi di trasporto collettivo appositamente adattati o di servizi alternativi.

2. I comuni assicurano, nell'ambito delle proprie ordinarie risorse di bilancio, modalità di trasporto individuali per le persone handicappate non in grado di servirsi dei mezzi pubblici.

3. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni elaborano, nell'ambito dei piani regionali di trasporto e dei piani di adeguamento delle infrastrutture urbane, piani di mobilità delle persone handicappate da attuare anche mediante la conclusione di accordi di programma ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142. I suddetti piani prevedono servizi alternativi per le zone non coperte dai servizi di trasporto collettivo. Fino alla completa attuazione dei piani, le regioni e gli enti locali assicurano i servizi già istituiti. I piani di mobilità delle persone handicappate predisposti dalle regioni sono coordinati con i piani di trasporto predisposti dai comuni.

4. Una quota non inferiore all'1 per cento dell'ammontare dei mutui autorizzati a favore dell'Ente ferrovie dello Stato è destinata agli interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche nelle strutture edilizie e nel materiale rotabile appartenenti all'Ente medesimo, attraverso capitolati d'appalto formati

sulla base dell'articolo 20 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384.

5. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dei trasporti provvede alla omologazione di almeno un prototipo di autobus urbano ed extraurbano, di taxi, di vagone ferroviario, conformemente alle finalità della presente legge.

6. Sulla base dei piani regionali e della verifica della funzionalità dei prototipi omologati di cui al comma 5, il Ministro dei trasporti predispone i capitolati d'appalto contenenti prescrizioni per adeguare alle finalità della presente legge i mezzi di trasporto su gomma in corrispondenza con la loro sostituzione.

### **Art. 27.** **Trasporti individuali**

1. A favore dei titolari di patente di guida delle categorie A, B o C speciali, con incapacità motorie permanenti, le unità sanitarie locali contribuiscono alla spesa per la modifica degli strumenti di guida, quale strumento protesico extra-tariffario, nella misura del 20 per cento, a carico del bilancio dello Stato.

2. Al comma 1 dell'articolo 1 della legge 9 aprile 1986, n. 97, sono soppresse le parole: “, titolari di patente F” e dopo le parole: “capacità motorie”, sono aggiunte le seguenti: “anche prodotti in serie,”.

3. Dopo il comma 2 dell'articolo 1 della citata legge n. 97 del 1986, è inserito il seguente:

"2-bis. Il beneficio della riduzione dell'aliquota relativa all'imposta sul valore aggiunto, di cui al comma 1, decade qualora l'invalido non abbia conseguito la patente di guida delle categorie A, B o C speciali, entro un anno dalla data dell'acquisto del veicolo. Entro i successivi tre mesi l'invalido provvede al versamento della differenza tra l'imposta sul valore aggiunto pagata

e l'imposta relativa all'aliquota in vigore per il veicolo acquistato".

4. Il Comitato tecnico di cui all'articolo 81, comma 9, del testo unico delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, come sostituito dall'articolo 4, comma 1, della legge 18 marzo 1988, n. 111, è integrato da due rappresentanti delle associazioni delle persone handicappate nominati dal Ministro dei trasporti su proposta del Comitato di cui all'articolo 41 della presente legge.

5. Le unità sanitarie locali trasmettono le domande presentate dai soggetti di cui al comma 1, ad un apposito fondo, istituito presso il Ministero della sanità, che provvede ad erogare i contributi nei limiti dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 42.

#### **Art. 28.**

##### **Facilitazioni per i veicoli delle persone handicappate**

1. I comuni assicurano appositi spazi riservati ai veicoli delle persone handicappate, sia nei parcheggi gestiti direttamente o dati in concessione, sia in quelli realizzati e gestiti da privati.

2. Il contrassegno di cui all'articolo 6 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, che deve essere apposto visibilmente sul parabrezza del veicolo, è valido per l'utilizzazione dei parcheggi di cui al comma 1.

#### **Art. 29.**

##### **Esercizio del diritto di voto**

1. In occasione di consultazioni elettorali, i comuni organizzano i servizi di trasporto pubblico in modo da facilitare agli elettori handicappati il raggiungimento del seggio elettorale.

2. Per rendere più agevole l'esercizio del diritto di voto, le unità sanitarie locali, nei tre giorni precedenti la consultazione elettorale, garantiscono in ogni comune la disponibilità di un adeguato numero di medici autorizzati per il rilascio dei certificati di accompagnamento e dell'attestazione medica di cui all'articolo 1 della legge 15 gennaio 1991, n. 15.

3. Un accompagnatore di fiducia segue in cabina i cittadini handicappati impossibilitati ad esercitare autonomamente il diritto di voto. L'accompagnatore deve essere iscritto nelle liste elettorali. Nessun elettore può esercitare la funzione di accompagnatore per più di un handicappato. Sul certificato elettorale dell'accompagnatore è fatta apposita annotazione dal presidente del seggio nel quale egli ha assolto tale compito.

### **Art. 30.**

#### **Partecipazione**

1. Le regioni per la redazione dei programmi di promozione e di tutela dei diritti della persona handicappata, prevedono forme di consultazione che garantiscono la partecipazione dei cittadini interessati.

### **Art. 31.**

#### **Riserva di alloggi**

1. All'articolo 3, primo comma, della legge 5 agosto 1978, n. 457, e successive modificazioni, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: "r-bis) dispone una riserva di finanziamenti complessivi per la concessione di contributi in conto capitale a comuni, Istituti autonomi case popolari, imprese, cooperative o loro consorzi per la realizzazione con tipologia idonea o per l'adattamento di alloggi di edilizia sovvenzionata e agevolata alle esigenze di assegnatari o acquirenti handicappati ovvero ai nuclei familiari tra i cui componenti figurano persone handicappate in situazione di gravità o con ridotte o impedito capacità motorie".

**Art. 32.**

((ARTICOLO ABROGATO DAL D.L. 31 MAGGIO 1994, N. 330, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 27 LUGLIO 1994, N. 473))

**Art. 33.**

**Agevolazioni**

1. COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 26 MARZO 2001, N. 151.

2. I soggetti di cui al comma 1 possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire, in alternativa al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa, di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.

3. A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa. Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità. Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente.

4. Ai permessi di cui ai commi 2 e 3, che si cumulano con quelli previsti all'articolo 7 della citata legge n. 1204 del 1971, si applicano le disposizioni di cui all'ultimo comma del medesimo

articolo 7 della legge n. 1204 del 1971, nonché quelle contenute negli articoli 7 e 8 della legge 9 dicembre 1977, n. 903.

5. Il lavoratore di cui al comma 3 ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

6. La persona handicappata maggiorenne in situazione di gravità può usufruire alternativamente dei permessi di cui ai commi 2 e 3, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede, senza il suo consenso.

7. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3, 4 e 5 si applicano anche agli affidatari di persone handicappate in situazione di gravità.

7-bis. Ferma restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore di cui al comma 3 decade dai diritti di cui al presente articolo, qualora il datore di lavoro o l'INPS accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

### **Art. 34.**

#### **Protesi e ausili tecnici**

1. Con decreto del Ministro della sanità da emanare, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, nella revisione e ridefinizione del nomenclatore-tariffario delle protesi di cui al terzo comma dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, vengono inseriti apparecchi e attrezzature elettronici e altri ausili tecnici che permettano di compensare le difficoltà delle persone con handicap fisico o sensoriale.

### **Art. 35.**

#### **Ricovero del minore handicappato**

1. Nel caso di ricovero di una persona handicappata di minore età presso un istituto anche a carattere sanitario, pubblico o privato, ove dall'istituto sia segnalato l'abbandono del minore, si applicano le norme di cui alla legge 4 maggio 1983, n. 184.

### **Art. 36.**

#### **Aggravamento delle sanzioni penali**

((1. Quando i reati di cui all'articolo 527 del codice penale, i delitti non colposi di cui ai titoli XII e XIII del libro II del codice penale, nonché i reati di cui alla legge 20 febbraio 1958, n. 75, sono commessi in danno di persona portatrice di minorazione fisica, psichica o sensoriale, la pena è aumentata da un terzo alla metà)).

2. Per i procedimenti penali per i reati di cui al comma 1 è ammessa la costituzione di parte civile del difensore civico, nonché dell'associazione alla quale risulti iscritta la persona handicappata o un suo familiare.

### **Art. 37.**

#### **Procedimento penale in cui sia interessata una persona handicappata**

1. Il Ministro di grazia e giustizia, il Ministro dell'interno e il Ministro della difesa, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, disciplinano con proprio decreto le modalità di tutela della persona handicappata, in relazione alle sue esigenze terapeutiche e di comunicazione, all'interno dei locali di sicurezza, nel corso dei procedimenti giudiziari penali e nei luoghi di custodia preventiva e di espiazione della pena.

## **Art. 38.** **Convenzioni**

1. Per fornire i servizi di cui alla presente legge, i comuni, anche consorziati tra loro, le loro unioni, le comunità montane e le unità sanitarie locali per la parte di loro competenza, si avvalgono delle strutture e dei servizi di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Possono inoltre avvalersi dell'opera di associazioni riconosciute e non riconosciute, di istituzioni private di assistenza non aventi scopo di lucro e di cooperative, sempreché siano idonee per i livelli delle prestazioni, per la qualificazione del personale e per l'efficienza organizzativa ed operativa, mediante la conclusione di apposite convenzioni.

2. I comuni, anche consorziati tra loro, le loro unioni, le comunità montane, rilevata la presenza di associazioni in favore di persone handicappate, che intendano costituire cooperative di servizi o comunità-alloggio o centri socio-riabilitativi senza fini di lucro, possono erogare contributi che consentano di realizzare tali iniziative per i fini previsti dal comma 1, lettere h), i) e l) dell'articolo 8, previo controllo dell'adeguatezza dei progetti e delle iniziative, in rapporto alle necessità dei soggetti ospiti, secondo i principi della presente legge.

## **Art. 39.** **Compiti delle regioni**

1. Le regioni possono provvedere, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio, ad interventi sociali, educativo-formativi e riabilitativi nell'ambito del piano sanitario nazionale, di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, e della programmazione regionale dei servizi sanitari, sociali e formativo-culturali.

2. Le regioni possono provvedere ((, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato socia-

le presenti sul territorio,)), nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio:

a) a definire l'organizzazione dei servizi, i livelli qualitativi delle prestazioni, nonché i criteri per l'erogazione dell'assistenza economica integrativa di competenza dei comuni;

b) a definire, mediante gli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, le modalità di coordinamento e di integrazione dei servizi e delle prestazioni individuali di cui alla presente legge con gli altri servizi sociali, sanitari, educativi, anche d'intesa con gli organi periferici dell'Amministrazione della pubblica istruzione e con le strutture prescolastiche o scolastiche e di formazione professionale, anche per la messa a disposizione di attrezzature, operatori o specialisti necessari all'attività di prevenzione, diagnosi e riabilitazione eventualmente svolta al loro interno;

c) a definire, in collaborazione con le università e gli istituti di ricerca, i programmi e le modalità organizzative delle iniziative di riqualificazione ed aggiornamento del personale impiegato nelle attività di cui alla presente legge;

d) a promuovere, tramite le convenzioni con gli enti di cui all'articolo 38, le attività di ricerca e di sperimentazione di nuove tecnologie di apprendimento e di riabilitazione, nonché la produzione di sussidi didattici e tecnici;

e) a definire le modalità di intervento nel campo delle attività assistenziali e quelle di accesso ai servizi;

f) a disciplinare le modalità del controllo periodico degli interventi di inserimento ed integrazione sociale di cui all'articolo 5, per verificarne la rispondenza all'effettiva situazione di bisogno;

g) a disciplinare con legge, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri relativi all'istituzione e al funzionamento dei servizi di aiuto personale;

h) ad effettuare controlli periodici sulle aziende beneficiarie degli incentivi e dei contributi di cui all'articolo 18, comma 6, per garantire la loro effettiva finalizzazione all'integrazione lavorativa delle persone handicappate;

i) a promuovere programmi di formazione di personale volontario da realizzarsi da parte delle organizzazioni di volontariato;

l) ad elaborare un consuntivo annuale analitico delle spese e dei contributi per assistenza erogati sul territorio anche da enti pubblici e enti o associazioni privati, i quali trasmettono alle regioni i rispettivi bilanci, secondo modalità fissate dalle regioni medesime.

#### **Art. 40. Compiti dei comuni**

1. I comuni, anche consorziati tra loro, le loro unioni, le comunità montane e le unità sanitarie locali qualora le leggi regionali attribuiscono loro la competenza attuano gli interventi sociali e sanitari previsti dalla presente legge nel quadro della normativa regionale, mediante gli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, dando priorità agli interventi di riqualificazione, di riordinamento e di potenziamento dei servizi esistenti.

2. Gli statuti comunali di cui all'articolo 4 della citata legge n. 142 del 1990 disciplinano le modalità di coordinamento degli interventi di cui al comma 1 con i servizi sociali, sanitari, educativi e di tempo libero operanti nell'ambito territoriale e l'organizzazione di un servizio di segreteria per i rapporti con gli utenti, da realizzarsi anche nelle forme del decentramento previste dallo statuto stesso.

#### **Art. 41.**

### **Competenze del Ministro per gli affari sociali e costituzione del Comitato nazionale per le politiche dell'handicap**

1. Il Ministro per gli affari sociali coordina l'attività delle Amministrazioni dello Stato competenti a realizzare gli obiettivi della presente legge ed ha compiti di promozione di politiche di sostegno per le persone handicappate e di verifica dell'attuazione della legislazione vigente in materia.

2. I disegni di legge del Governo contenenti disposizioni concernenti la condizione delle persone handicappate sono presentati previo concerto con il Ministro per gli affari sociali. Il concerto con il Ministro per gli affari sociali è obbligatorio per i regolamenti e per gli atti di carattere generale adottati in materia.

3. Per favorire l'assolvimento dei compiti di cui al comma 1, è istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Comitato nazionale per le politiche dell'handicap.

4. Il Comitato è composto dal Ministro per gli affari sociali, che lo presiede, dai Ministri dell'interno, del tesoro, della pubblica istruzione, della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, nonché dai Ministri per le riforme istituzionali e gli affari regionali e per il coordinamento delle politiche comunitarie. Alle riunioni del Comitato possono essere chiamati a partecipare altri Ministri in relazione agli argomenti da trattare.

5. Il Comitato è convocato almeno tre volte l'anno, di cui una prima della presentazione al Consiglio dei ministri del disegno di legge finanziaria.

6. Il Comitato si avvale di:

a) tre assessori scelti tra gli assessori regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 16 dicembre 1989, n. 4/8;

b) tre rappresentanti degli enti locali designati dall'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e un rappresentante degli enti locali designato dalla Lega delle autonomie locali;

c) cinque esperti scelti fra i membri degli enti e delle associazioni in possesso dei requisiti di cui agli articoli 1 e 2 della legge 19 novembre 1987, n. 476, che svolgano attività di promozione e tutela delle persone handicappate e delle loro famiglie;

d) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

7. Il Comitato si avvale dei sistemi informativi delle Amministrazioni in esso rappresentate.

8. Il Ministro per gli affari sociali, **((ogni due anni, entro il 15 aprile))**, presenta una relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle politiche per l'handicap in Italia, nonché sugli indirizzi che saranno seguiti. A tal fine le Amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali trasmettono, entro il 28 febbraio di ciascun anno, alla Presidenza del Consiglio dei ministri tutti i dati relativi agli interventi di loro competenza disciplinati dalla presente legge. Nel primo anno di applicazione della presente legge la relazione è presentata entro il 30 ottobre.

9. Il Comitato, nell'esercizio delle sue funzioni, è coadiuvato da una commissione permanente composta da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'interno, delle finanze, del tesoro, della pubblica istruzione, della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, nonché da tre rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei ministri di cui uno del Dipartimento per gli affari sociali, uno del Dipartimento per gli affari regionali, uno del Dipartimento per la funzione pubblica. La commissione è presieduta dal responsabile dell'Ufficio per le problematiche della

famiglia, della terza età, dei disabili e degli emarginati, del Dipartimento per gli affari sociali.

**Art. 41-bis.**

**(( Conferenza nazionale sulle politiche dell'handicap. ))**

((1. Il Ministro per la solidarietà sociale, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, promuove indagini statistiche e conoscitive sull'handicap e convoca ogni tre anni una conferenza nazionale sulle politiche dell'handicap alla quale invita soggetti pubblici, privati e del privato sociale che esplicano la loro attività nel campo dell'assistenza e della integrazione sociale delle persone handicappate. Le conclusioni di tale conferenza sono trasmesse al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione vigente)).

**Art. 41-ter.**

**(( Progetti sperimentali. ))**

((1. Il Ministro per la solidarietà sociale promuove e coordina progetti sperimentali aventi per oggetto gli interventi previsti dagli articoli 10, 23, 25 e 26 della presente legge.

2. Il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, definisce i criteri e le modalità per la presentazione e la valutazione dei progetti sperimentali di cui al comma 1 nonché i criteri per la ripartizione dei fondi stanziati per il finanziamento dei progetti di cui al presente articolo)).

**Art. 42.**

**Copertura finanziaria**

1. Presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per gli affari sociali, è istituito il Fondo per l'integrazione

degli interventi regionali e delle province autonome in favore dei cittadini handicappati.

2. Il Ministro per gli affari sociali provvede, sentito il Comitato nazionale per le politiche dell'handicap di cui all'articolo 41, alla ripartizione annuale del Fondo tra le regioni e le province autonome

di Trento e di Bolzano, in proporzione al numero degli abitanti.

3. A partire dal terzo anno di applicazione della presente legge, il criterio della proporzionalità di cui al comma 2 può essere integrato da altri criteri, approvati dal Comitato di cui all'articolo 41, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, con riferimento a situazioni di particolare concentrazione di persone handicappate e di servizi di alta specializzazione, nonché a situazioni di grave arretratezza di alcune aree.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a ripartire i fondi di loro spettanza tra gli enti competenti a realizzare i servizi, dando priorità agli interventi in favore delle persone handicappate in situazione di gravità e agli interventi per la prevenzione.

5. Per le finalità previste dalla presente legge non possono essere incrementate le dotazioni organiche del personale della scuola di ogni ordine e grado oltre i limiti consentiti dalle disponibilità finanziarie all'uopo preordinate dal comma 6, lettera h).

6. È autorizzata la spesa di lire 120 miliardi per l'anno 1992 e di lire 150 miliardi a decorrere dal 1993, da ripartire, per ciascun anno, secondo le seguenti finalità:

a) lire 2 miliardi e 300 milioni per l'integrazione delle commissioni di cui all'articolo 4;

b) lire 1 miliardo per il finanziamento del soggiorno all'estero per cure nei casi previsti dall'articolo 11;

c) lire 4 miliardi per il potenziamento dei servizi di istruzione dei minori ricoverati di cui all'articolo 12;

d) lire 8 miliardi per le attrezzature per le scuole di cui all'articolo 13, comma 1, lettera b);

e) lire 2 miliardi per le attrezzature per le università di cui all'articolo 13, comma 1, lettera b);

f) lire 1 miliardo e 600 milioni per l'attribuzione di incarichi a interpreti per studenti non udenti nelle università di cui all'articolo 13, comma 1, lettera d);

g) lire 4 miliardi per l'avvio della sperimentazione di cui all'articolo 13, comma 1, lettera e);

h) lire 19 miliardi per l'anno 1992 e lire 38 miliardi per l'anno 1993 per l'assunzione di personale docente di sostegno nelle scuole secondarie di secondo grado prevista dall'articolo 13, comma 4;

i) lire 4 miliardi e 538 milioni per la formazione del personale docente prevista dall'articolo 14;

l) lire 2 miliardi per gli oneri di funzionamento dei gruppi di lavoro di cui all'articolo 15;

m) lire 5 miliardi per i contributi ai progetti per l'accesso ai servizi radiotelevisivi e telefonici previsti all'articolo 25;

n) lire 4 miliardi per un contributo del 20 per cento per la modifica degli strumenti di guida ai sensi dell'articolo 27, comma 1;

o) lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 1992 e 1993 per le agevolazioni per i genitori che lavorano, previste dall'articolo 33;

p) lire 50 milioni per gli oneri di funzionamento del Comitato e della commissione di cui all'articolo 41;

q) lire 42 miliardi e 512 milioni per l'anno 1992 e lire 53 miliardi e 512 milioni a partire dall'anno 1993 per il finanzia-

mento del Fondo per l'integrazione degli interventi regionali e delle province autonome in favore dei cittadini handicappati di cui al comma 1 del presente articolo.

7. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, pari a lire 120 miliardi per l'anno 1992 e a lire 150 miliardi a decorrere dall'anno 1993, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1992-1994, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per il 1992, all'uopo utilizzando l'accantonamento "Provvedimenti in favore di portatori di handicap".

8. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

### **Art. 43. Abrogazioni**

1. L'articolo 230 del testo unico approvato con regio decreto 5 febbraio 1928, n. 577, l'articolo 415 del regolamento approvato con regio decreto 26 aprile 1928, n. 1297 ed i commi secondo e terzo dell'articolo 28, della legge 30 marzo 1971, n. 118, sono abrogati.

### **Art. 44. Entrata in vigore**

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 5 febbraio 1992

C)

**FIBROSI CISTICA**  
**contributo tecnico-scientifico per l'accertamento**  
**degli stati invalidanti**

**1 - Premessa**

La presente comunicazione, elaborata e condivisa con LIFC (Lega Italiana Fibrosi Cistica) e SIFC (Società Italiana Fibrosi Cistica), si prefigge l'obiettivo di promuovere un'appropriata conoscenza delle problematiche cliniche e sociali della malattia al fine di garantire adeguatezza e omogeneità nelle relative valutazioni, tabellari (riduzione della capacità lavorativa) e non tabellari (indennità di frequenza e accompagnamento, condizione di handicap).

La Fibrosi Cistica è la più frequente tra le malattie genetiche.

Per l'esordio in età pediatrica, la caratteristica compromissione multiorgano ad andamento evolutivo, la sintomatologia variabile ed ingravescente, la prognosi sfavorevole, con aspettativa di vita media pari a 40 anni, è considerata, a norma di legge (art.1 della Legge 548/93 "Disposizioni per la prevenzione e cura della fibrosi cistica"), "malattia di alto interesse sociale" che impegna la collettività (art. 2 della Legge citata) ad "agevolare l'inserimento sociale, scolastico, lavorativo e sportivo" dei pazienti che ne sono affetti.

Con circolare attuativa del 15 aprile 1994 Prot.500.4/D M. 1 - 407- "Prime indicazioni per l'applicazione della legge 548 del 23.12.1993", il Ministero della Salute sottolinea come con la norma in questione il Legislatore abbia inteso rispondere all'esigenza di "coprire un'area particolare del bisogno di salute, relativa ad una malattia genetica, la Fibrosi Cistica, di considerevole rilevanza sociale, per la sua incidenza, per la sua gravità, per la complessità di manifestazioni cliniche e di bisogni di cure, per

gli elevati costi assistenziali ed i complessi bisogni organizzativi, ed infine per la necessità d'investimenti di ricerca scientifica qualificata". Come patologia multisistemica, cronica, evolutiva e ancora oggi non guaribile, la Fibrosi Cistica presuppone di necessità la presa in carico globale del paziente presso

centri di riferimento di alta specializzazione in grado di seguirlo dalla diagnosi e per tutta la vita con cure personalizzate che impegnano il paziente e la sua famiglia quotidianamente anche negli stadi iniziali della malattia, allorché particolarmente netto è il contrasto tra lo stato apparente del paziente e la reale compromissione della sua qualità di vita.

## 2 - Eziopatogenesi e Fisiopatologia

La fibrosi cistica è una malattia genetica a trasmissione autosomica recessiva con incidenza pari, nel nostro paese, a 1:2.500 nati vivi ma con variazioni significative da regione a regione. Essa è causata da una mutazione di un singolo gene, localizzato sul braccio lungo del cromosoma 7, che codifica per una proteina denominata *Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator* (CFTR). Il gene CFTR determina la produzione di una proteina presente sulla membrana di tutte le cellule epiteliali dell'organismo, responsabile della formazione e dell'attivazione del canale del cloro di cui garantisce il trasporto.

L'alterazione di tale canale ionico comporta un'alterazione dello scambio di cloro, sodio e conseguentemente di acqua attraverso le membrane cellulari. Ciò causa la produzione di secrezioni dense e vischiose in tutti gli organi interessati e favorisce le infezioni e la loro cronicizzazione nell'apparato respiratorio.

Si conoscono oggi più di 1800 mutazioni del gene CFTR. La più frequente in tutte le popolazioni è la mutazione DF508 (F508del).

Le mutazioni di cui si conosce l'effetto sono state suddivise in VI classi. Le mutazioni di classe I comportano la mancata

produzione della proteina; quelle di classe II una maturazione difettosa e degradazione prematura; quelle di classe III una alterata regolazione; in quelle di classe IV c'è un difetto di apertura del canale del cloro; in quelle di classe V una riduzione quantitativa delle proteine trascritte in quelle di classe VI un'accelerata rimozione dalla superficie cellulare.

Gli effetti di tali diverse mutazioni sono ben noti sul pancreas: le mutazioni di classe I, II e III determinano insufficienza pancreatica; quelle di classe IV, V e VI permettono (con qualche eccezione) che il pancreas funzioni.

Non si conoscono invece ancora sufficientemente le relazioni fra le mutazioni e l'interessamento di altri organi (polmoni, fegato, intestino, apparato riproduttivo), sebbene sia noto che gli effetti fenotipici dipendano, oltre che dall'interazione della coppia di mutazioni CFTR (nel caso di mutazioni di classe diversa nei due alleli), anche dall'influsso di geni modificatori (diversi dal CFTR e allocati su altri cromosomi) che possono rinforzare o ridurre l'effetto delle mutazioni CFTR.

Inoltre sull'evoluzione della malattia polmonare incidono anche fattori extragenetici: precocità della diagnosi (una quota crescente di malati viene oggi diagnosticata entro i primi due mesi di vita grazie allo screening neonatale previsto dall'art. 6 della L. 104/92), tempestività, adeguatezza e compliance alla terapia, l'ambiente (famiglia, scuola, gioco, sport, lavoro, socializzazione, clima) e lo stile di vita.

Pertanto non è possibile prevedere, su adeguate basi scientifiche, l'andamento individuale della malattia né tantomeno la durata della vita. Negli ultimi decenni, grazie soprattutto all'istituzione di centri specialistici e multidisciplinari (Centri di Riferimento Regionale) ed al globale miglioramento della terapia, si è registrato un significativo incremento della sopravvivenza, anche se ancora oggi l'attesa media di vita non supera i 40 anni e la malattia resta "incurabile".

### 3 - Clinica

La Fibrosi cistica è una malattia multisistemica caratterizzata principalmente da ostruzione ed infezione delle vie aeree e da mal digestione, con le relative conseguenze. Rappresenta la principale causa di pneumopatia severa e di insufficienza pancreatica esocrina nelle prime fasi di vita.

#### **Apparato digerente**

L'ileo da meconio, presente nel 10-20% dei pazienti, è la più precoce manifestazione clinica dell'assenza di enzimi pancreatici già nel periodo fetale. Si manifesta nelle prime 24-48 ore di vita con distensione addominale, emesi e mancato transito del meconio.

La radiografia dell'addome mostra anse intestinali dilatate e con livelli idroaerei e spesso, una raccolta di materiale granulare "a vetro smerigliato" nell'ipogastrio. La rottura di un tratto intestinale, riconoscibile radiograficamente dalla presenza di calcificazioni peritoneali o scrotali, può dar luogo ad una peritonite da meconio.

In genere correla ad un andamento clinico meno favorevole, una più alta incidenza di complicazioni (malnutrizione, broncopneumopatia, epatopatia) e maggior mortalità.

I lattanti presentano spesso la sindrome da tappo di meconio; nelle età successive l'ostruzione ileale da parte di materiale fecale comporta la sindrome dell'occlusione intestinale distale, o equivalente dell'ileo da meconio, che si manifesta con dolori addominale crampiformi e distensione addominale.

Manifestazioni gastrointestinali meno comuni sono l'intussuscezione, l'ingombro fecale nel cieco, con massa asintomatica nel quadrante addominale inferiore dx e dolore epigastrico, l'esofagite da reflusso acido o biliare, comune nei bambini più grandi e negli adulti, il prollasso rettale, oggi raro in virtù della precocità della diagnosi e dell'inizio della terapia sostitutiva con enzimi pancreatici.

L'interessamento del pancreas si manifesta con disturbi digestivi riconducibili all'insufficienza della componente esocrina nell'85-90% dei bambini affetti e nel 50% dei casi compare già in epoca neonatale. Il danno pancreatico progredisce fino alla distruzione pressoché completa della struttura esocrina con progressiva sostituzione degli acini da parte di tessuto fibroadiposo.

I sintomi, secondari alla maldigestione e al malassorbimento di nutrienti (lipidi, proteine e carboidrati) e delle vitamine liposolubili, comprendono steatorrea, flatulenza, addome globoso, deficit nutrizionali con mancato incremento ponderale, crescita stentata, ritardo puberale, riduzione della massa muscolare.

La condizione di malnutrizione influenza negativamente l'evoluzione della patologia polmonare causando perdita significativa di tessuto muscolare, con conseguente riduzione della forza respiratoria, alterando l'elasticità polmonare e riducendo le difese immunitarie del soggetto; tutto ciò attiva un circolo vizioso che inevitabilmente contribuisce al progressivo peggioramento della funzione polmonare fino all'insufficienza respiratoria.

Occasionalmente nei lattanti malnutriti si assiste alla comparsa di anasarca da ipoproteinemia.

La componente endocrina appare inizialmente risparmiata, ma a partire dalla seconda decade di vita le isole di Langerhans possono presentare un progressivo sovvertimento architetturale con evoluzione in fibrosi e sviluppo di diabete mellito insulino-dipendente, caratteristico e non riconducibile al diabete di tipo 1 o 2, con poliuria, calo ponderale, iperglicemia e glicosuria. Di solito non si verifica chetoacidosi, ma sono state riportate complicanze oculari, renali e vascolari nei pazienti che sopravvivono per più di 10 anni dalla comparsa dell'iperglicemia.

L'insorgenza del diabete comporta un notevole peggioramento della funzione respiratoria, dello stato nutrizionale ed una significativa riduzione della sopravvivenza media.

La pancreatite acuta ricorrente si verifica occasionalmente nei pazienti con funzione pancreaticata residua.

In circa il 30% dei pazienti possono manifestarsi, più frequentemente nei primi 15 anni di vita, segni di disfunzione epatica. La cirrosi biliare focale, secondaria al blocco dei dotti biliari intraepatici, può essere presente fin dai primi mesi di vita, e può essere responsabile di ittero neonatale prolungato. La cirrosi biliare diviene francamente sintomatica solo nel 2-3% dei pazienti con manifestazioni tardive di ascite, ematemesi e ipersplenismo.

La colecisti è spesso ipoplasica e ripiena di materiale mucoides; possono essere presenti litiasi biliare, atresia del dotto cistico e stenosi del dotto biliare comuni. Le coliche biliari da colelitiasi possono insorgere nella seconda decade di vita o successivamente.

## **Apparato Respiratorio**

L'esordio della patologia polmonare è quanto mai variabile sia per età che per gravità.

Tale variabilità, come detto, dipende solo parzialmente dalla classe di mutazione genetica, correlando anche con altri fattori, genetici (geni modulatori) e ambientali.

La velocità di progressione della malattia polmonare è la principale causa di morbilità e mortalità.

La mutazione CFTR crea uno stato proinfiammatorio ed amplifica la risposta flogistica alle infezioni virali che in genere aprono la strada a quelle batteriche. Particolare rilievo sul decorso clinico e sulla prognosi assume l'infezione da *pseudomonas aeruginosa*, specie allorché cronicizza (colonizzazione), comportando deterioramento della funzione respiratoria, progressione del quadro bronchiectasico diffuso e un peggioramento dello stato nutrizionale. Non meno pericolose sono le colonizzazioni polmonari da *burkholderia cepacia* e *stafilococco aureo*. Recentemente

è stata rilevata l'emergenza di nuovi patogeni come *stentrophomonas maltophilia*, *alcaligenes xilosoxidans*, *aspergillus flavus* e micobatteri atipici che probabilmente trovano nel polmone del paziente con fibrosi cistica (qualunque sia la forma genetica) condizioni favorevoli al loro sviluppo. La colonizzazione da parte di *burkholderia cepacia* e di altri microrganismi multiresistenti ai farmaci si può associare a un deterioramento polmonare particolarmente rapido.

La tosse è il sintomo più costante e precoce del coinvolgimento polmonare. Dapprima secca e stizzosa, può diventare poi grassa e produttiva. Nei bambini più grandi la tosse peggiora al risveglio mattutino e dopo l'attività fisica. Il muco espettorato è di solito purulento.

Alcuni pazienti possono restare asintomatici per lunghi intervalli o andare incontro a infezioni respiratorie acute prolungate ma intermittenti, altri sviluppano una tosse cronica sin dalla prima settimana di vita o presentano polmoniti recidivanti. La bronchiolite diffusa, frequente durante il primo anno di vita, è contraddistinta da sibili respiratori. Le esacerbazioni dei sintomi polmonari richiedono frequenti e ripetuti ricoveri ospedalieri.

Possono manifestarsi inaspettatamente ed indipendentemente dal genotipo, mettendo a repentaglio la vita del paziente ed imponendo interventi urgenti, eventi acuti come pneumotorace, emottisi, e insufficienza respiratoria acuta, di solito imputabile ad un'infezione virale severa o da altri microrganismi.

La progressione della pneumopatia determina inoltre intolleranza allo sforzo, dispnea e deficit dell'accrescimento staturponderale.

L'insufficienza respiratoria cronica, possibile in ogni età ma più frequente nei pazienti adulti, si conclama all'esito di un deterioramento progressivo della funzione polmonare.

Quando la performance respiratoria è gravemente compromessa è indicato il trapianto polmonare che tuttavia se risolve le

problematiche della broncopneumopatia polmonare espone il paziente, a causa della terapia antirigetto, a “infezioni opportunistiche”.

I pazienti, in particolare quelli con malattia polmonare avanzata e durante le esacerbazioni respiratorie, possono andare incontro a disturbi del sonno con risvegli notturni ripetuti, accorciamento della fase REM, ipossiemia notturna, ipercapnia e alterazioni neuro-comportamentali associate. L'ipossiemia notturna può accelerare l'esordio dell'ipertensione polmonare e dello scompenso cardiaco sinistro. In tali casi occorre considerare la somministrazione notturna di ossigeno o il supporto con pressione positiva a due livelli delle vie aeree (BiPAP).

Le indagini radiologiche sul torace dimostrano, già in fase relativamente precoce, un aumento sia dello spessore della parete delle vie aeree, sia dell'area di sezione del lume. L'ispessimento e l'ostruzione bronchiale e le ombre ad anello, che suggeriscono lo sviluppo di bronchiectasie, di solito compaiono in un primo tempo nei lobi superiori. L'iperinflazione polmonare può essere sottostimata in assenza di infiltrati o di strie di iperdensità. In seguito si assiste alla formazione di densità nodulari, atelectasie focali e infiltrati confluenti. I linfonodi ilari possono essere ingranditi. Nella malattia in stadio avanzato si osserva un'iperinflazione considerevole, con diaframma notevolmente appiattito, incurvamento anteriore dello sterno e assottigliamento dell'ombra cardiaca.

Con la progressione della patologia spesso si evidenzia la formazione di cisti bronchiectasiche estese, atelectasie lobari o segmentarie e bolle enfisematose o subpleuriche, anch'esse perlopiù a carico dei lobi superiori, possibile causa di pneumotorace. L'interessamento interstiziale non è in genere pronunciato, sebbene negli stadi avanzati possano comparire aree di fibrosi. Le arterie bronchiali sono dilatate e tortuose, contribuendo a favorire il sanguinamento nelle vie aeree bronchiectasiche e l'emottisi. Le piccole arterie polmonari finiscono per presentare

ipertrofia della tonaca media, segno tipico dell'ipertensione polmonare secondaria.

In molti bambini con funzione polmonare normale (valori di FEV1 nel range di normalità) la TC svela la presenza di bronchiectasie. Segni comuni dell'interessamento dei seni paranasali sono l'ostruzione nasale e la rinorrea. I seni sono diffusamente ripieni di secrezione, spesso con presenza di polipi voluminosi o multipli, di solito a partenza dall'ostio dei seni paranasali mascellari ed etmoidali. Si evidenziano inoltre mucopioceli ed erosioni ossee.

### **Apparato Genitourinario**

Lo sviluppo sessuale è spesso ritardato (in media di 2 anni). Le adolescenti possono andare incontro ad amenorrea secondaria, specialmente con le esacerbazioni della malattia polmonare. Le ghiandole delle cervice uterina sono distese da muco che si raccoglie in grande quantità nel canale cervicale. L'endocervicite è comune nelle adolescenti e nelle giovani donne. La fertilità femminile è ridotta. Il progresso ottenuto, grazie all'approccio multidisciplinare ed al follow-up adeguato, ha permesso la gravidanza, un tempo ritenuta sempre controindicata, anche in donne con FEV1 inferiore al 40%; si segnala peraltro un miglioramento clinico indotto dalla gravidanza che si protrae anche dopo il parto.

Più del 95% dei maschi presenta azoospermia, poiché il corpo e la coda dell'epididimo, i vasi deferenti e le vescicole seminali sono oblitterati o atresici. L'incidenza di ernia inguinale, idrocele e testicolo ritenuto è maggiore dell'atteso.

### **Ghiandole Sudoripare**

L'eccessiva perdita di sali con il sudore predispone i bambini più piccoli alla deplezione salina, in particolare durante epi-

sodi di gastroenterite e nella stagione calda. Ne può conseguire alcalosi ipocloremica.

### **Apparato Osteo-Articolare**

L'osteoartrite ipertrofica causa un sollevamento del periostio a livello della porzione distale delle ossa lunghe, con versamenti endoarticolari, edema e dolore articolare.

Occasionalmente può insorgere un'artropatia intermittente non correlata ad altri disturbi reumatologici, che non ha una patogenesi riconosciuta e risponde agli antinfiammatori non steroidei.

I dolori alla colonna o le fratture costali da tosse vigorosa, possono richiedere la terapia del dolore per consentire un'adeguata clearance delle vie aeree.

Queste ed altre fratture possono essere dovute ad una riduzione della mineralizzazione ossea, a sua volta imputabile sia al ridotto assorbimento di vitamina D, sia alla broncopneumopatia cronica che, con l'eccesso di citochine, determina ridotta apposizione di matrice ossea e quindi osteopenia ed osteoporosi anche in giovane età.

Deve pertanto essere limitata la terapia corticosteroidica sistemica ed incentivata l'attività fisica all'aria aperta.

### **4 - Diagnosi**

Lo screening neonatale (determinazione del tripsinogeno immunoreattivo e un test del DNA limitato su *blood spot*, unitamente al test del sudore e/o test genetico di conferma) ha una sensibilità pari a circa il 95%.

La diagnosi di Fibrosi Cistica si basa sulla positività del test del sudore associata ad uno o più dei seguenti criteri: malattia polmonare cronica ostruttiva tipica con modesta risposta ai broncodilatatori, insufficienza pancreatica (la misurazione quantitativa dell'attività dell'elastasi-1 in un campione fresco di feci è

un utile test di screening), anamnesi familiare positiva, test di screening neonatale positivo, identificazione di due mutazioni del gene CFTR. I reperti radiologici polmonari suggeriscono la diagnosi senza tuttavia essere specifici.

La TC del torace, da eseguire con cadenza biennale dopo i 12 anni e in ogni caso per la soluzione di quesiti clinici urgenti e gli studi standard di funzionalità polmonare (in particolare FEV1) a partire dai 4-6 anni di età, consentono la valutazione precoce della progressione polmonare e un intervento terapeutico tempestivo.

Le indagini microbiologiche sono fondamentali per la diagnosi precoce di infezione e l'instaurazione di terapia antibiotica mirata sull'antibiogramma, per tentare di prevenire la colonizzazione.

#### **5 - Impegno richiesto nella attuazione dei programmi terapeutici**

La Fibrosi cistica, patologia multisistemica ed evolutiva, presuppone di necessità la

presa in carico globale del paziente presso centri di riferimento di alta specializzazione in grado di seguirlo dalla diagnosi (perlopiù nell'infanzia o addirittura nel periodo

neonatale) e per tutta la vita fino all'età adulta, con cure personalizzate, tenendo conto di tutti i numerosi aspetti della patologia e delle conseguenze di questa sulla vita del paziente.

I pazienti affetti da Fibrosi Cistica anche in stadi non gravi della malattia devono

- sottoporsi quotidianamente ad un programma terapeutico particolarmente impegnativo che coinvolge, specie nei minori, anche la famiglia del paziente: - la terapia con aerosol, effettuata con più sedute nell'arco della giornata ha lo scopo di idratare le vie aeree e di veicolare diverse classi di farmaci (broncodilatatori e corticosteroidi, antibiotici, Dnasi umana ricombinante, soluzione salina ipertonica ed altri idratanti);

- ripetuti lavaggi nasali con soluzione fisiologica o soluzione salina ipertonica;

- la fisioterapia respiratoria è indispensabile per i pazienti con Fibrosi Cistica, nelle cui vie aeree di piccolo calibro le secrezioni iniziano ad accumularsi ancor prima dell'esordio dei sintomi.

Essa ha lo scopo di mantenere i polmoni liberi dalle secrezioni: nella Fibrosi Cistica rimuovere il muco denso e vischioso dalle vie aeree significa prima di tutto ridurre la possibilità di infezioni. Inoltre mantenere l'albero respiratorio sgombro da secrezioni migliora il respiro e aiuta i farmaci a svolgere al meglio la loro azione.

Le tecniche usate e l'impegno temporale richiesto vanno individualizzati. I programmi di fisioterapia respiratoria vanno differenziati sia per il modo che per il tempo di

svolgimento a seconda dell'età del paziente e del grado di compromissione polmonare.

Vengono in parte praticati da personale qualificato e in parte dal malato stesso o dai

suoi familiari opportunamente istruiti.

Si è visto che la sospensione della fisioterapia respiratoria nei bambini con limitazione del flusso lieve o moderata provoca un deterioramento della funzione polmonare nell'arco di 3 settimane e per contro, la sua ripresa da luogo ad un rapido miglioramento.

La fisioterapia respiratoria è consigliata da 1 a 4 volte al giorno.

Dopo il drenaggio di ogni segmento polmonare si incoraggia il paziente a tossire, soffiare e compiere espirazioni forzate. Per eliminare il muco possono essere utili anche la tosse volontaria, le ripetute manovre di espirazione forzata con pressione espiratoria positiva (PEP-mask) praticate per almeno 15-30 minuti.

Subito dopo la diagnosi occorre che il paziente e i suoi familiari imparino a conoscere l'anatomia e la fisiologia polmonare nonché le tecniche di fisioterapia respiratoria. Il paziente e la sua famiglia devono essere istruiti a riconoscere i sintomi respiratori in modo da sapere quando intensificare la frequenza e/o la durata del trattamento.

Le tecniche di fisioterapia respiratoria includono:

- drenaggio posturale e percussione;
- ciclo attivo di tecniche di respirazione,
- pressione espiratoria positiva (PEP);
- pressione espiratoria positiva oscillatoria;
- drenaggio autogeno;
- drenaggio autogeno modificato;
- oscillazioni della parete toracica ad alta frequenza;
- ventilazione percussiva polmonare.

Gli esercizi aerobici praticati di routine per almeno un'ora al giorno sembrano rallentare il declino della funzione polmonare, consentono ai polmoni di realizzare ampie escursioni respiratorie che facilitano la mobilizzazione dei secreti, inducono una benefica tosse che rimuove il catarro (clearance delle vie aeree) e agiscono sul FEV1, sulla forza e resistenza muscolare e sulla mobilità toracica.

Va sottolineato che l'attività fisica e sportiva sono un valido aiuto alla salute respiratoria, ma non possono sostituire le tecniche di fisioterapia.

- la terapia antibiotica è finalizzata di volta in volta alla eradicazione della prima infezione, alla profilassi delle riacutizzazioni in colonizzati cronici e alla terapia delle riacutizzazioni.

Occorre tener presente che nei pazienti con Fibrosi Cistica i segni abituali delle infezioni respiratorie acute come febbre, tachipnea o dolore toracico, sono spesso assenti. Di conseguenza, per stabilire la frequenza e la durata della terapia antibiotica è necessario basarsi su tutti gli aspetti dell'anamnesi e dell'esame

obiettivo, compresi l'anoressia, il calo ponderale e la riduzione dell'attività, nonché la deflessione della performance respiratoria.

Lo schema di trattamento farmacologico varia da brevi cicli intermittenti con un solo antibiotico alla somministrazione quasi ininterrotta di uno o più antibiotici.

Il dosaggio di alcuni di essi spesso risulta superiore di 2-3 volte alla dose raccomandata per le infezioni minori, poiché i pazienti con Fibrosi Cistica hanno in proporzione più massa magra e maggiore velocità di clearance per molti antibiotici.

Inoltre, per molti antibiotici è difficile ottenere livelli farmacologici efficaci nelle secrezioni respiratorie.

- terapia nutrizionale: nei ragazzi con fibrosi cistica il fabbisogno energetico è maggiore a causa delle infezioni polmonari e del diminuito assorbimento intestinale anche in presenza di un'adeguata assunzione di enzimi pancreatici.

La dieta deve essere ipercalorica (mediamente pari al 120-150% dei livelli normalmente raccomandati per soggetti di pari sesso ed età), iperlipidica (è auspicabile che il 40% delle calorie totali derivi dai lipidi), ed iperproteica (2-3 gr/kg/die). La quota dei glucidi deve favorire l'apporto di amidi con una percentuale di zuccheri a rapido assorbimento non superiore al 10%.

Occorre inoltre garantire un adeguato apporto di sali minerali e in particolare di sodio, specialmente nella stagione calda o in corso di gastroenterite, di vitamine liposolubili e nei soggetti che abbiano avuto resezioni intestinali estese, di vitamina B12.

Nel caso in cui gli interventi nutrizionali non diano risultati entro tre mesi è necessario ricorrere ad un trattamento nutrizionale riabilitativo, ossia a tecniche più invasive come la nutrizione enterale, che solitamente viene attuata tramite sondino nasogastrico o gastrostomia percutanea, durante le ore notturne;

- Sostituzione di enzimi pancreatici: i pazienti con Fibrosi Cistica con insufficienza pancreatica devono assumere, ogni vol-

ta che mangiano, gli enzimi pancreatici sostitutivi. La dose va calcolata in base al contenuto di grassi dell'alimento ingerito e al grado di insufficienza pancreatica del soggetto;

- Antinfiammatori: *corticosteroidi* (utili soprattutto nel trattamento dell'aspergillosi broncopolmonare allergica) e *ibuprofene*;

- Ossigeno-terapia notturna e supporto con Ventilazione Non Invasiva (NIV): è necessaria per i pazienti affetti da malattia polmonare avanzata, che vanno incontro a ipossiemia notturna e ipercapnia, soprattutto in occasione di riacutizzazioni infettive della broncopneumopatia.

Nei pazienti con insufficienza respiratoria cronica, poiché una PaO<sub>2</sub> costantemente <50 mmHg predispone allo sviluppo di scompenso cardiaco destro, è importante la somministrazione di O<sub>2</sub> a basso flusso finché la PaO<sub>2</sub> arteriosa non sale a ≥ 55 mmHg.

Un supporto ventilatorio non invasivo, oltre a favorire lo scambio gassoso, può essere particolarmente utile nei pazienti in attesa di trapianto polmonare.

Il trapianto resta l'unica possibilità terapeutica per i pazienti con malattia polmonare terminale. Nei pazienti in attesa di trapianto, in caso di ipercapnia, un "bridge" è costituito dall'ECMO (tecnica invasiva che permette l'eliminazione di CO<sub>2</sub>);

- ricoveri in ambiente ospedaliero: il paziente con Fibrosi Cistica va incontro di regola a frequenti ricoveri in regime semintensivo presso i Centri di Riferimento Regionali, con importanti ripercussioni sul piano socio-relazionale nonché sull'aspetto lavorativo del malato stesso e dei suoi familiari;

- stile di vita: i pazienti devono vivere il più possibile all'aria aperta, abitare in ambienti salubri e non umidi, evitare ambienti particolarmente inquinati ed affollati, effettuare molta attività fisica.

## 6. La valutazione degli stati invalidanti nei pazienti con Fibrosi Cistica

La valutazione medico legale dei pazienti con Fibrosi Cistica, a prescindere dall'età e dalla variante genetica della patologia, non può risolversi in un mero calcolo algebrico basato sul solo apprezzamento, per quanto corretto e completo, dei parametri morfologici (peso, altezza) funzionali (PFR) e strumentali (Rx, Tc, etc.).

In tutti i casi, infatti, occorrerà tener conto dell'inevitabile compromissione globale della qualità di vita e delle ripercussioni psico-relazionali che la malattia comporta anche quando il paziente risulti all'esame clinico in condizioni apparenti del tutto simili a quelle dei propri coetanei e l'anamnesi induca a pensare ad una sufficiente *performance* scolastica o lavorativa.

In sostanza, nelle valutazioni "tabellari" e soprattutto "non tabellari" (a fini di indennità di frequenza, indennità di accompagnamento, handicap) occorre comunque tener ben presente che la fibrosi cistica:

- è una malattia complessa, che interessa molti organi ed apparati ed influisce, con i suoi sintomi e le terapie necessarie a contrastarli, su numerose attività quotidiane della vita del paziente;

- è una malattia cronica e non guaribile gravata da un considerevole peso psicologico e sociale;

- ha un impatto psicopatologico importante in ogni fascia d'età: per dinamiche di iperprotezione da parte della famiglia, per carenze affettive da ripetute ospedalizzazioni, per lo sviluppo di sentimenti di autosvalutazione, idee depressive, pensieri di morte e isolamento dal contesto sociale e dall'ambito familiare;

- è una malattia degenerativa, che tende invariabilmente a peggiorare e che abbrevia la durata della vita, influenzando in modo determinante le scelte più importanti di chi ne soffre (studi, matrimonio, lavoro, procreazione);

- nonostante la sopravvivenza negli ultimi anni sia molto migliorata e la gran parte dei pazienti raggiunga l'età adulta, ha decorso estremamente imprevedibile e talora improvviso;

- comporta un impegno notevole per il paziente e la sua famiglia e necessita di un elevato livello di attività assistenziale in larga misura indipendente dalla fase evolutiva della patologia;

- la gravità della malattia, sin dal momento della diagnosi richiede un approccio terapeutico-riabilitativo multidisciplinare continuativo, attuato tutti i giorni per più ore al giorno, da effettuarsi per tutto l'arco di vita del paziente.

- in caso di aggravamento, anche minimo, l'impegno terapeutico aumenta vertiginosamente sia in termini di tempo dedicato alla terapia (aerosol, fisioterapia respiratoria) che per ciò che riguarda l'assunzione di farmaci e il ricorso a ricoveri ospedalieri;

- la particolare caratteristica di malattia a carattere progressivo fa sì che fin dalla nascita il paziente affetto da Fibrosi Cistica, qualunque sia la forma clinica, necessiti di un follow-up diagnostico estremamente individualizzato e teso al precoce riconoscimento (soprattutto in epoca presintomatica) delle innumerevoli complicanze della malattia che indipendentemente dal genotipo, incidono pesantemente sul decorso clinico e possono risultare potenzialmente letali;

- particolare attenzione va posta nel follow-up terapeutico che deve essere continuamente aggiornato e verificato.

### **La valutazione nel minore**

Come illustrato, nella fascia d'età neonatale e pre-scolare il bambino è quotidianamente chiamato ad una serie di azioni terapeutiche difficili, per le quali necessita dell'affiancamento e dell'intervento dell'adulto che lo aiuti e lo istruisca ad una graduale autonomia.

L'aerosol-terapia e la manipolazione degli strumenti atti alla somministrazione (preparazione, dosaggio, pulizia), l'assunzione di enzimi pancreatici e farmaci (dosaggio esatto), la pratica della fisioterapia e della riabilitazione respiratoria (tecnica specifica insegnata dal fisioterapista respiratorio), la preparazione e somministrazione di una dieta alimentare particolarmente curata, l'accompagnamento periodico al CRR, sono solo alcune delle attività per le quali risulta indispensabile la presenza e l'aiuto di una figura adulta (di solito la madre) capace anche di riconoscere eventuali sintomi di miglioramento/peggioramento e formata sulle tecniche fisioterapiche specifiche.

Nella fanciullezza-adolescenza il bambino acquisisce importanti e graduali autonomie che gli consentono in parte un'autogestione delle cure e di alcune terapie, pur mantenendo la necessità della vigilanza e dell'affiancamento dell'adulto esperto.

L'adulto assume in particolare il ruolo di "controllo e stimolazione", richiamando all'aderenza alle terapie e monitorando il giusto utilizzo delle apparecchiature durante i trattamenti, nonché adoperandosi per la gestione di tutti gli aspetti burocratici e di controllo (accompagnamento al CRR, rapporti con le istituzioni, reperimento farmaci) e mantenendo infine un ruolo fondamentale nella cura e nella preparazione della dieta alimentare.

È evidente, dunque, come il minore con Fibrosi Cistica presenti non solo "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e funzioni proprie dell'età" ma necessiti di un intervento assistenziale "straordinario" rispetto ad un coetaneo standard in buona salute (cfr Sentenza Corte Cassazione n. 11525 del 2006).

Ne deriva quindi che la condizione di minore affetto da Fibrosi Cistica deve considerarsi, in ogni caso, tale da perfezionare il requisito medico legale per il diritto all'indennità di accompagnamento.

## La valutazione nell'adulto

Con l'età adulta, alla conclusione del percorso di studi e all'ingresso nel mondo del lavoro, i malati di Fibrosi Cistica incontrano frequentemente difficoltà di occupazione, sia per la necessità di dedicare molto tempo alle terapie ed alla cura della propria persona, sia per la necessità che l'ambiente lavorativo sia salubre, curato ed adeguato alle esigenze del singolo malato.

Occorre premettere che l'applicazione delle vigenti tabelle indicative delle percentuali di invalidità per la valutazione della capacità lavorativa di cui al D.M. 5 febbraio 1992, nel paziente con Fibrosi Cistica, non esaurisce la valutazione del complessivo danno biologico e quindi della capacità lavorativa specie per quel che riguarda le forme ad espressione prevalentemente o esclusivamente polmonare.

Il codice di riferimento comunemente utilizzato per tali quadri (*cod. 6406: bronchiectasia congenita a associata a mucoviscidosi: 80%*) risulterebbe infatti correttamente applicabile solo nei casi di mucoviscidosi con bronchiectasie presenti già alla nascita, mentre di regola le bronchiectasie, pur nel quadro di una patologia geneticamente determinata, si sviluppano nel paziente con Fibrosi Cistica solo successivamente, per in noti meccanismi ostruttivi ed infiammatori.

Tale previsione tabellare affiderebbe tutti gli altri casi di pneumopatia da Fibrosi Cistica alla generica valutazione della correlata compromissione funzionale polmonare prevista dai codici 6455 e 6456 per le bronco-pneumopatie in senso lato. Una simile prassi valutativa finirebbe per non tener conto del fatto che nel paziente con Fibrosi

Cistica polmonare il mantenimento di accettabili parametri di funzionalità respiratoria è pur sempre il risultato di un impegno terapeutico, preventivo e riabilitativo quotidiano che di per sé stesso incide pesantemente sulla capacità lavorativa.

Su tale presupposto si ritiene che, anche in presenza di interessamento polmonare esclusivo, al pari di quanto previsto in forza del cod. 6430: fibrosi cistica del pancreas con pneumopatia cronica: 100%, debba riconoscersi una condizione di totale invalidità nella misura del 100%.

### **Il collocamento mirato**

Per quanto attiene alla valutazione medico legale inerente la L. 68/99 è necessario che le Commissioni competenti pongano la massima attenzione nell'indicare tutte le eventuali condizioni lavorative che possano concausare una evoluzione sfavorevole della patologia (ad esempio, ambienti lavorativi con presenza di agenti infettivi patogeni, contatto con animali, mansioni di front-office, turnazioni con lavoro notturno...) od ostacolare le necessità terapeutiche quotidiane del paziente.

### **Lo svantaggio sociale**

Le considerazioni già espresse fanno sì che risulti di tutta evidenza come il paziente con Fibrosi Cistica, a prescindere dall'età e dalla variante genetica, sia da considerarsi in ogni caso portatore di handicap con connotazione di gravità.

### **La previsione di revisioni**

La Fibrosi Cistica costituisce, senza dubbio, una patologia genetica con manifestazioni cliniche croniche ed ingravescenti sicché rientra a pieno titolo nell'ambito delle "Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato" di cui al punto 9 dell'allegato al DM 2 agosto 2007.

Pertanto, alla luce di quanto previsto dall'art. 6 comma 3 della L. 9 marzo 2006, n.80 e dai commi 7 e 8 dell'art.25 della Legge 19 agosto 2014, n.114, **per i pazienti con Fibrosi Cistica**

deve essere esclusa in ogni caso la previsione di revisioni medico-legali.

### **Precauzioni nel corso dell'accertamento Medico Legale**

Si ritiene da ultimo necessario fornire alcune raccomandazioni sull'espletamento dell'accertamento medico legale nei confronti di malati di Fibrosi Cistica. Occorre tener presente, infatti, che tali pazienti necessitano di accedere in ambienti igienicamente sicuri, ovvero privi di possibili agenti patogeni.

Sarà pertanto opportuno evitare una loro permanenza prolungata in sala di attesa e prevedere, ove necessario, l'uso della mascherina da parte del personale sanitario che venga a contatto con il paziente.

In ogni caso, in presenza di documentazione clinica probante, dovranno essere evitati accertamenti specialistici superflui o inutili duplicazioni di visita.

**Il Presidente della Commissione Medica Superiore  
Prof. Massimo Piccioni**

D)

**RICORSO PER A.T.P. EX ART. 445 BIS C.P.C. (Indennità di accompagnamento ex art. 1 legge 18/80 e/o handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 legge 104/92)**

TRIBUNALE CIVILE DI ROMA  
I° GRADO - SEZIONE LAVORO  
RICORSO EX ART. 445 BIS C.P.C.

La parte ricorrente \_\_\_\_\_ (Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_) nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, rappresentata e difesa dall'Avv. \_\_\_\_\_, che si dichiara distrattario ed intende ricevere eventuali comunicazioni all'indirizzo PEC \_\_\_\_\_ o al numero di Fax \_\_\_\_\_, ed è elettivamente domiciliata presso lo studio di quest'ultimo, sito in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, giusta delega a margine del presente atto;

- ricorrente -

**Contro**

A) I.N.P.S. (ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE) in persona del legale rappresentante pro - tempore, elett.te dom.to in Roma Via Ciro il Grande n. 21;

- resistente -

B) I.N.P.S. (ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE) in persona del legale rappresentante pro - tempore, elett.te dom.to in Roma Via A. Aradam n.5;

- resistente -

Oggetto: indennità di accompagnamento ex art. 1 legge 18/80 e/o handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 legge 104/92;

### Premesso che

- parte ricorrente è affetta dalle seguenti patologie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- in conseguenza di ciò l'istante, in data \_\_\_\_\_ inoltra alla competente Commissione Sanitaria, ai fini ai fini della visita di accertamento per l'invalidità civile ex art. 1, legge n. 18 dell'\_\_\_\_\_ e successive modificazioni e/o per l'accertamento dello stato di handicap grave ex art. 1 legge n. 104 del 05/02/92, previo riconoscimento del requisito sanitario;
- la Commissione ha effettuato i prescritti accertamenti sanitari in data \_\_\_\_\_ ma ha riconosciuto la odierna parte ricorrente solamente *a)* portatrice di handicap non in situazione di gravità (art. 3, comma 1) ed *b)* invalida ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri della sua età medio-gravi pari all'80%;
- di tale riconoscimento veniva data comunicazione alla parte ricorrente con lettera del \_\_\_\_\_;
- il parere espresso nella visita del \_\_\_\_\_ appare illegittimo e infondato stante la natura e la gravità delle affezioni di cui parte ricorrente è portata, che comportano una condizione invalidante così come prevista dall'art. 1 legge 18/1980 ed un handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 legge 104/1992;
- parte ricorrente dalla data della domanda amministrativa, non è mai stata ricoverata in enti o istituti con retta a carico dello Stato, né ha fruito di analoghe indennità;
- la decorrenza delle prestazioni invocate coincide con il primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda amministrativa, o con quello che sarà accertato in corso di giudizio;
- l'Autorità Giudiziaria competente è il Tribunale in funzione di Giudice del Lavoro.

Tutto ciò premesso e considerato, parte istante così come sopra rappresentata, difesa e domiciliata,

### **Chiede**

ché l'Ill.mo Tribunale di Roma, in funzione di Giudice del Lavoro, assunti i provvedimenti di rito, vagliate le prove documentali e l'esito di ogni altra, disattesa ogni contraria istanza ed eccezione, voglia così provvedere:

a) accogliere il presente ricorso e per l'effetto dichiarare che la \_\_\_\_\_ ha diritto al riconoscimento delle provvidenze di cui all'art. 1 legge 18/1980 (indennità di accompagnamento) e/o al riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 legge 104/1992, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda amministrativa, o da quello che risulterà accertato in corso di giudizio;

b) condannare l'Ente competente al pagamento dei ratei relativi maturati e maturandi con decorrenza di legge, oltre interessi e rivalutazione legale dalle singole scadenze fino al soddisfo;

c) condannare, in ogni caso, l'Ente competente al pagamento delle spese di lite, comprese le competenze e gli onorari (oltre IVA, CPA e maggiorazione forfettaria, da distrarsi in favore del sottoscritto avvocato dichiaratosi antistatario.

A tal fine la parte ricorrente

### **CHIEDE**

che l'On.le Tribunale adito voglia ai sensi dell'art. 445 bis c.p.c. fissare apposita udienza per la comparizione personale delle parti con termine per la notifica del ricorso e del pedissequo decreto, per ivi nominare un consulente tecnico e per procedere all'accertamento tecnico preventivo per la verifica dei requisiti previsti dalla legge per chiedere ed ottenere il riconoscimento

dell'indennità di accompagnamento e/o lo stato di handicap grave in favore della parte ricorrente.

Con espressa riserva, in caso di contestazione delle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio, di presentare nei termini di cui all'art. 445 bis c.p.c., ricorso introduttivo del giudizio di merito.

Si nomina consulente tecnico di parte il Dott. \_\_\_\_\_.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 9 e ss. del d.P.R. 115/2002, così come modificato dal D.L. 98/2011, si dichiara che la parte ricorrente nell'anno 2011, ha percepito un reddito imponibile personale inferiore ad Euro 31.884,48 e si impegna a comunicare eventuali variazioni reddituali sino alla definizione giudiziaria.

Ai sensi dell'art. 152 delle disp. att. c.p.c. (come modificato dal D.L. 98/2011), si dichiara che il valore della presente causa è indeterminato.

Si producono i seguenti documenti:

- 1) Originale verbali Commissione di Prima Istanza delle visite del \_\_\_\_\_ relativi a domande del \_\_\_\_\_, comunicati con lettera del \_\_\_\_\_;
- 2) Copia C.I. \_\_\_\_\_;
- 3) Atto notorio relativo ai ricoveri del \_\_\_\_\_;
- 4) Atto notorio reddituale del \_\_\_\_\_;
- 5) Certificato di stato di famiglia del \_\_\_\_\_;
- 6) Copia Certificato medico del \_\_\_\_\_;
- 7) Copia Referto del \_\_\_\_\_;
- 8) Copia Referto del \_\_\_\_\_;
- 9) Copia Referto del \_\_\_\_\_;
- 10) Copia Certificato del \_\_\_\_\_.

Salvis Juribus.

Roma, il \_\_\_\_\_

Avv. \_\_\_\_\_

Finito di stampare nel mese di novembre 2015  
dalla Casa Editrice Scolastica Lombardi srl