

## La condizione giuridica della persona con disabilità: evoluzione, problemi e prospettive

Claudia Casella\*

THE LEGAL CONDITION OF THE DISABLED PERSON: EVOLUTION, PROBLEMS AND PERSPECTIVES

ABSTRACT: This essay analyzes the difficulties that can be found in the Italian legal system about the assessment of the legal condition of the disabled persons. These difficulties arise, especially, from the lack of a uniform definition of disability and an organic legislative regulation. There is a need to rethink the current legal system in a multidimensional perspective (shared in the international and supranational sources) in order to concretely guarantee that people with disabilities can live a life as autonomous (by enhancing their abilities) and independent (by supporting all the resources available on their territory) as possible. In this regard, the National Recovery and Resilience Plan and the recent draft law on disability are fundamental.

KEYWORDS: People with disabilities; handicap; Code for the person with disabilities; National Recovery and Resilience Plan

SOMMARIO: 1. Brevi cenni sull'impiego improprio dei termini invalidità, *handicap* e disabilità – 2. *Status*, criteri valutativi e diritti assistenziali degli invalidi civili – 3. Definizione e accertamento dello stato di *handicap* – 4. Evoluzione del concetto di disabilità nel passaggio da un approccio medico ad una prospettiva multidimensionale, condivisa nelle fonti di rilievo internazionale e sovranazionale – 5. Disabilità, contesto normativo italiano e criticità emergenti – 6. Proposte conclusive alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e di quanto statuito nella recentissima “Legge Quadro sulla disabilità” approvata il 27 ottobre 2021 dal Consiglio dei Ministri.

### 1. Brevi cenni sull'impiego improprio dei termini invalidità, *handicap* e disabilità

**N**el nostro ordinamento la legislazione in tema di “disabilità” appare «complessa e di difficile lettura, a causa della sua frammentarietà ed eterogeneità». Motivo, questo, per il quale non è affatto agevole orientarsi nello studio dei diversi testi normativi stratificatisi nel tempo, i quali, «sebbene aspirino a coordinarsi, per lo più si intersecano e talvolta si aggrovigliano»<sup>1</sup>; difficoltà acute, peraltro, dalla estrema varietà della terminologia con cui suole essere indicata la persona con disabilità: oltre che di “invalido civile”, nell'ordinamento giuridico italiano si discorre, infatti,

\* Professore aggregato di Bioetica, Università degli Studi di Napoli Federico II. Mail: [claudia.casella@unina.it](mailto:claudia.casella@unina.it). Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

<sup>1</sup> Le espressioni tra virgolette sono tratte dal saggio di F. GIUNTA, *Lo statuto giuridico della sperimentazione clinica e il ruolo dei Comitati Etici*, in *Diritto Pubblico*, 2002, 623.

utilizzando un'impropria sinonimia, anche e soprattutto di "diversamente abile"<sup>2</sup>, "handicappato" o di soggetto "portatore di handicap"<sup>3</sup>.

Un'analogia eterogeneità lessicale si rinviene nei Codici italiani di deontologia medica<sup>4</sup>. In particolare, il codice del 1989 utilizza il lemma "handicappato"<sup>5</sup>; il codice del 1995 opta per la locuzione "portatore

<sup>2</sup> A parere di G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, Milano, 2020, 135: «[i]l problema dell'utilizzo giuridico di tale formula sta nel fatto che il concetto di "diversamente abili" non individua con precisione – da un punto di vista giuridico – nessuna categoria. Si tratta di una formula che, seppur utilizzata, non consente al giurista di avere chiaro a chi si riferisca: è la persona invalida? La persona Handicappata? Tutte e due? Sul punto ovviamente non può esserci certezza ed è questa la ragione che dovrebbe scongiurare l'uso. A ciò deve aggiungersi che, anche da un punto di vista culturale e lessicale, la formula in questione tende a sottolineare la presenza di una presunta diversa abilità di cui la persona sarebbe capace. Nell'era del politicamente corretto ciò può anche sembrare una rivoluzione positiva: l'impressione, però, è che dietro questa formula si nasconda un velo di ipocrisia che sottolinea comunque l'esistenza di una diversità e, al tempo stesso, non tiene conto del fatto che vi sono anche persone con disabilità che magari abili non sono – esattamente come le persone senza disabilità – ma che comunque rimangono persone». V., inoltre, la lezione di F. BOMPRESZI, consultabile nel volume a cura dell'*Agenzia Redattore sociale Parlare civile: comunicare senza discriminare*, Milano-Torino, 2013, 14: «[s]e continuiamo a pensare che la "disabilità" sia qualcosa di "diverso", addirittura una grande opportunità per sviluppare "diverse abilità", facciamo un grave torto a quei milioni di persone nel mondo che oggi si battono solo per vedere rispettati i propri diritti di cittadinanza alla pari degli altri».

<sup>3</sup> Si vedano, a questo proposito, B.G. MATTARELLA, *La trappola delle leggi. Molte, oscure, complicate*, Bologna, 2011, 211; L. BUSATTA, *L'universo delle disabilità: per una definizione unitaria di un diritto diseguale*, in F. CORTESE, M. TOMASI (a cura di), *Le definizioni nel diritto. Atti delle giornate di studio 30-31 ottobre 2015*, Napoli, 2016, 335-364; nonché F. MASCI, *La tutela costituzionale della persona disabile*, in <http://www.federalismi.it>, 1, 2020, 162, secondo il quale: «l'inappropriatezza dei linguaggi acuisce pregiudizi e stereotipi, ostacolando i processi d'inclusione sociale». Non diversamente si esprimono, altresì, C. COLAPIETRO, F. GIRELLI, *Persone con disabilità e Costituzione*, Napoli, 2020, 30, là dove evidenziano che: «i problemi di carattere definitorio della nozione di disabilità si devono anche all'evoluzione delle denominazioni in uso nel linguaggio corrente, che inizialmente hanno fatto riferimento al *deficit* da cui la persona è colpita, assumendolo in un certo senso "a caratteristica identificante la stessa in via esclusiva" (sordo, cieco ...), per passare poi ad una qualificazione più generale ed unitaria, fondata sulla "situazione di svantaggio" che colpisce la persona (handicappato), per approdare, infine, all'esito di un meritorio processo evolutivo, a "distinguere la persona dalla menomazione da cui è affetta", utilizzando la locuzione, ormai pressoché universalmente accettata, in quanto ritenuta la più rispettosa dell'individuo, di *persona disabile* od anche *persona con disabilità*, in linea con la terminologia ora sancita nella *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*».

<sup>4</sup> Cfr. M. VIVALDI, *La deontologia medica nell'evoluzione codicistica. Una lettura sinottica delle sette edizioni 1958-2014 e relativi giuramenti*, Torino, 2017

<sup>5</sup> V. art. 38: «[n]ell'esercizio della professione il medico deve impegnarsi a tutelare il bambino, l'anziano e l'handicappato, in particolare quando ritenga che l'ambiente (familiare e non) nel quale vivono non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute. Deve in particolare adoperarsi, perché il bambino possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psico-fisico e affinché all'anziano e all'handicappato siano garantite qualità e dignità di vita. In caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, il medico dovrà ricorrere alla competente autorità giudiziaria».

di handicap<sup>6</sup>; quelli del 1998 e 2006 impiegano il termine “disabile”<sup>7</sup>; ai “soggetti fragili” si riferisce, invece, il codice in vigore (2014)<sup>8</sup>.

Ebbene, alla luce della menzionata disorganicità normativa e della rilevata varietà terminologica, si impone la necessità di chiarire che in seno alle opzioni linguistiche suddette risiedono condizioni giuridiche non sovrapponibili che postulano la sussistenza di requisiti infungibili alle cui diverse procedure di accertamento segue l'erogazione di specifici benefici e servizi ai quali hanno accesso gli individui e le famiglie a seconda delle condizioni indicate dalle rispettive leggi di riferimento.

Data questa premessa, si ritiene innanzitutto opportuno soffermare l'attenzione sulle differenze rinvenibili tra la persona invalida, la persona portatrice di *handicap* e la persona con disabilità, analizzando, nei paragrafi successivi, il riferimento normativo nella legislazione nazionale e le criticità all'uopo riscontrate e maggiormente evidenziate nel corso della pandemia da Covid-19. Ciò al fine di individuare la possibile strada percorribile per la risoluzione delle stesse, anche alla luce di quanto statuito, a

---

<sup>6</sup> Il riferimento è all'articolo 28 (rubricato: «[a]ssistenza»): «[n]ell'esercizio della professione il medico deve impegnarsi a tutelare il minore, l'anziano e il portatore di *handicap*, in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare o extrafamiliare, nel quale vivono non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti o violenze, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia nei casi specificatamente previsti dalla legge. Deve in particolare adoperarsi, perché il minore possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al portatore di *handicap* siano garantite qualità e dignità di vita. In caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, il medico deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria».

<sup>7</sup> Rispettivamente, agli artt. 29 («[i]l medico deve contribuire proteggere il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare o extrafamiliare, nel quale vivono non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia nei casi specificatamente previsti dalla legge. Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata. Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, il medico deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria») e 32 («[i]l medico deve impegnarsi a tutelare il minore, l'anziano e il *disabile*, in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare o extrafamiliare, nel quale vivono non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti fisici o psichici, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di segnalazione previsti dalla legge. Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psico-fisico o sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata. Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, il medico deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria»).

<sup>8</sup> Si allude, nello specifico, all'art. 32 (rubricato: «Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili»): «Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente. Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona».

questo proposito, nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (d'ora in avanti: PNRR)<sup>9</sup> e nel recentissimo disegno di legge, approvato il 27 ottobre 2021 dal Consiglio dei Ministri, recante una "Delega al Governo in materia di disabilità"<sup>10</sup>.

## 2. Status, criteri valutativi e diritti assistenziali degli invalidi civili

Iniziando, quindi, dal censimento delle differenze rinvenibili tra la categoria degli "invalidi civili", e quella dei soggetti "portatori di handicap" o "disabili", occorre prima di tutto segnalare che, storicamente, la normativa sui soggetti invalidi precede quelle relative alle altre condizioni sopra menzionate. Ci si riferisce, nello specifico, alla legge 30 marzo 1971, n. 118<sup>11</sup>, uno dei primi interventi normativi posti a tutela delle persone fragili<sup>12</sup>.

Alla stregua di tale testo normativo, con l'espressione "invalidità civile" s'intende un istituto giuridico volto a tutelare la persona che, a causa di una menomazione, presenta una diminuzione di tipo permanente della sua capacità di svolgere attività lavorative di qualsiasi tipo.

In particolare, a norma dell'articolo 2, comma 2, della legge n. 118/1971, lo status di invalido civile, per soggetti con età maggiore degli anni 18, è riconosciuto per qualsiasi menomazione, congenita o acquisita, indipendentemente dalla eziopatogenesi, qualora la capacità di lavoro sia ridotta di oltre un terzo. Parimenti, sono dichiarati invalidi civili i minori degli anni 18 (art. 2, comma 2, legge n. 118/1971) e i soggetti ultrasessantacinquenni (art. 2, comma 3, legge n. 118/1971, aggiunto dall'articolo 6, del decreto legislativo n. 509 del 1988), che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Merita di essere sottolineato, infine, che dal 1° gennaio 2019 (e fino al 31 dicembre 2022) l'età pensionabile (e, quindi, il limite superiore per far riferimento alla capacità lavorativa della persona invalida) è stata elevata al raggiungimento del 67° anno di età<sup>13</sup>.

Sono, invece, esclusi dal riconoscimento dello status di cui sopra gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti, che soggiacciono ad apposita disciplina (art. 2, comma 4, legge n. 118/1971). Detta valutazione è dovuta al fatto che per queste ultime categorie l'invalidità deriva da una causa specifica, cioè dalla guerra, dalla prestazione di un lavoro o per causa di servizio, mentre per i ciechi civili e sordi civili, considerata la specificità della patologia, la tutela assistenziale è regolata da leggi diverse.

<sup>9</sup> Approvato in sede europea il 13 luglio 2021 e reperibile in <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

<sup>10</sup> Consultabile in <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2090003.pdf>

<sup>11</sup> Rubricata: «[c]onversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili».

<sup>12</sup> Per una ricognizione, anche storica sul tema, v. C. BUCCELLI, G. IACONE, *L'invalidità civile. Aspetti sostanziali, processuali, medico legali*, Ancona, 2008; V. MICELA, *Manuale pratico dell'invalidità civile e della disabilità*, Santarcangelo di Romagna, 2006; C. CASELLA, M. NIOLA, P. DI LORENZO, C. BUCCELLI, *The legal protection of people with debilitating illness even in the light of the law n. 219/2017*, in *Rivista Italiana di Medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 1, 2018, 143-161.

<sup>13</sup> Cfr., a questo proposito, il punto 10.3 della Circolare INPS numero 147 dell'11 dicembre 2019, là dove è previsto che: «[...] Il requisito anagrafico per il diritto all'assegno sociale per il periodo dal 1° gennaio 2020 al 31 dicembre 2022 è pari a 67 anni».

Per quanto concerne, poi, la procedura di accertamento delle condizioni in argomento, va evidenziato che la verifica dei suddetti requisiti sanitari è di competenza della Azienda Sanitaria Locale (in sigla: ASL) e viene eseguita da una apposita commissione medica, composta da: un medico specialista in medicina legale, cui spetta la presidenza; due medici dipendenti o convenzionati con l'ASL, di cui uno specialista in medicina del lavoro e uno specialista delle discipline neurologiche, psichiatriche o psicologiche, nel caso che la persona sottoposta a visita sia affetta da una menomazione psichica o intellettuale (art. 1, 2° comma, Legge n. 295/90).

Tale commissione, a norma dell'art. 20 della legge n. 102/2009<sup>14</sup>, deve essere integrata da un medico dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (d'ora in poi: INPS) e da un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione Nazionale dei Mutilati ed Invalidi Civili (ANMIC), dell'Unione Italiana Ciechi (UIC), dell'Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza ai Sordomuti (ENS), dell'Associazione Nazionale delle Famiglie dei Fanciulli ed Adulti Subnormali (ANFFAS), ogni qualvolta necessita pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie.

A tal riguardo, una specifica menzione merita l'inciso contenuto nell'appena citato art. 20, secondo cui «l'accertamento definitivo [di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità] è effettuato dall'INPS». Precisazione, questa, capziosamente interpretata, con la delibera del Commissario Straordinario dell'INPS n. 159/2009, come una asserzione volta a legittimare la costituzione di un sistema ulteriore di controllo sui verbali delle Commissioni presenti presso le ASL da parte di Commissioni mediche appositamente istituite presso l'INPS<sup>15</sup>.

«Il controllo che – sempre secondo la richiamata delibera – sarebbe dovuto avvenire solo sui verbali approvati a maggioranza è diventato generalizzato e, come se non bastasse, a chiusura del sistema la Commissione medica superiore dell'INPS è stata trasformata da struttura di regolamentazione dell'uniformità valutativa medico legale ad organismo di controllo finale sui verbali di accertamento, in funzione sostanzialmente repressiva, come dimostrano i risultati condotti sulle verifiche effettuate»<sup>16</sup>.

Ad aggravare il descritto complesso sistema è, da ultimo, intervenuta la legge n. 15 luglio 2011, n. 111, là dove ha statuito che

«[a]i fini della razionalizzazione e dell'unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell'*handicap* e della disabilità, le regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all'Istituto nazionale della previdenza sociale, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari»

(art. 18, comma 22).

<sup>14</sup> Rubricata: «[c]onversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali».

<sup>15</sup> Cfr. Circolare INPS, del 28 dicembre 2009 n. 131, punto 7, lettere A e B.

<sup>16</sup> Così D. SABIA, A. CECCHETTI, *La definizione della condizione di disabilità e la riforma del sistema di accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità*, in E. VIVALDI, A. BLASINI (a cura di), *Verso il "Codice per la persona con disabilità"*. *Analisi, indirizzi e proposte sul disegno di legge recante "Delega al Governo di semplificazione e codificazione in materia di disabilità approvato dal Consiglio dei ministri il 28 febbraio 2019*, in *Forum di Quaderni Costituzionali-Rassegna*, 1, 2021, 413. Per quanto concerne, poi, «i risultati condotti sulle verifiche effettuate», v. D. SABIA, *L'invalidità civile – novità normative anni 2009 – 2018*, ANMIC – ufficio legislativo, 21.

La verifica del possesso dei presupposti che legittimano il riconoscimento delle suddette condizioni viene, dunque, eseguita da una Commissione medico-legale costituita presso le ASL (e l'INPS procede, in questi casi, alla verifica dei verbali redatti da queste ultime) o direttamente presso l'INPS nelle Province dove la Regione ha delegato l'accertamento *de quo* all'Istituto previdenziale.

Con riferimento, infine, ai criteri valutativi, non è superfluo rammentare che, allo stato, trova ancora applicazione nell'ordinamento giuridico italiano il sistema tabellare risalente al Decreto ministeriale del 5 febbraio 1992. Si tratta di un sistema legato all'analisi e alla misurazione percentuale di ciascuna menomazione anatomico-funzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa, con la conseguente attribuzione di una percentuale compresa tra un minimo del 33 per cento e un massimo del 100 per cento<sup>17</sup>.

Pertanto, «[agli] invalidi civili di età superiore agli anni 18, nei cui confronti, in sede di visita medico-sanitaria, sia accertata una *totale inabilità lavorativa* [100 per cento], è concessa a carico dello Stato e a cura del Ministero dell'Interno, una *pensione di inabilità*» (articolo 12, comma 1, legge 30 marzo 1971, n. 118).

Parallelamente, la legge 11 febbraio 1980, n. 18<sup>18</sup> ha disposto che

«[agli] invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche [...] che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continua, è concessa un'*indennità di accompagnamento*»

(articolo 1, comma 1, legge 11 febbraio 1980, n. 18).

Invece,

«agli invalidi civili di età compresa fra il diciottesimo e il sessantaquattresimo anno nei cui confronti sia accertata una *riduzione della capacità lavorativa*, nella misura pari o superiore al 74 per cento, che non svolgono attività lavorativa e per il tempo in cui tale condizione sussiste, è concesso, a carico dello Stato ed erogato dall'INPS, un *assegno mensile*»

(articolo 13, comma 1, legge 30 marzo 1971, n. 118).

Ciò posto, appare innegabile, che la prassi operativa e i procedimenti amministrativi di accertamento o valutazione finora descritti non sembrano riconducibili a quanto espresso dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006, né al modello "bio-psico-sociale" della disabilità condiviso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (d'ora in poi: OMS) con la *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (in sigla: ICF)<sup>19</sup>, di cui si dirà più ampiamente oltre.

<sup>17</sup> L'art. 1, comma 4, lettera c), del decreto legislativo n. 509 del 1988, stabilisce che la determinazione della percentuale di riduzione della capacità lavorativa deve basarsi anche sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o l'apparato sede del danno anatomico o funzionale. A tal proposito, il decreto legislativo in questione prevede (art. 4.1) che in caso di concorso o di coesistenza in uno stesso soggetto di più minorazioni, il danno globale non è valutato addizionando i singoli valori percentuali ma considerato nella sua incidenza reale sulla validità complessiva del soggetto.

<sup>18</sup> Intitolata: «[i]ndennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili».

<sup>19</sup> V., per tutti, M. LEONARDI, *ICF. La Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute dell'Organizzazione mondiale della sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia*, *Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa*, 1, 2003.

Lo confermano la composizione delle commissioni di valutazione, prive di membri che possano considerare la capacità di integrazione del soggetto all'interno di un contesto sociale, educativo e lavorativo e la circostanza che la valutazione della condizione di invalidità avviene principalmente sulla base della salute individuale e, in particolare, sul grado di invalidità reso dalle menomazioni fisiche, psichiche o sensoriali.

### 3. Definizione e accertamento dello stato di *handicap*

Lo stato di *handicap*, diverso da quello di invalidità civile, è definito dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104<sup>20</sup>.

La persona, nel primo comma dell'articolo 3 della suddetta legge quadro, viene definita in situazione di *handicap* qualora presenti «una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che causa difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione».

Questa situazione di *handicap* assume connotazione di gravità «qualora la minorazione, singola o plurima, correlata all'età, abbia ridotto l'autonomia personale in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione» (articolo 3, comma 3, legge n. 104/1992).

In entrambe le ipotesi, «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» (articolo 3, comma 2, legge 5 febbraio 1992, n. 104)<sup>21</sup>.

In definitiva, con la presente legge si prende atto della circostanza che la persona affetta da una minorazione non va ritenuta – per questo – automaticamente portatrice di *handicap*: l'*handicap* (eventualmente) deriverà dalle difficoltà, di vario genere, che il soggetto menomato è destinato ad incontrare nel corso della sua esistenza.

Pertanto, diversamente dalla valutazione delle minorazioni civili, la procedura di accertamento dello stato di *handicap* si basa su criteri che tengono conto della difficoltà di inserimento sociale della persona e non si fonda, quindi, univocamente su criteri medico-legali o quantitativi legati all'incapacità lavorativa personale.

<sup>20</sup> Rubricata: «[l]egge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate». A questo proposito, cfr. F. CEMBRANI, M. CASTELLANI, G. CIRAOLO, G. PIVA, F. MERZ, *La valutazione dell'handicap: un compito davvero complesso, ma che non può essere eluso da parte della moderna medicina-legale*, in *Rivista Italiana di Medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 1, 2016, 486-483.

<sup>21</sup> Dette prestazioni – facendo riferimento alla sola legge n. 104/1992 – afferiscono alla prevenzione e alla diagnosi precoce (articolo 6), alla cura e alla riabilitazione (articolo 7), all'inserimento e all'integrazione sociale (articolo 8), al servizio di aiuto personale (articolo 9), agli interventi in favore delle persone con handicap in situazione di gravità (articolo 10), al soggiorno all'estero per cure (articolo 11), al diritto all'educazione e all'istruzione (articolo 12), all'integrazione scolastica (articolo 13), alla formazione professionale (articolo 17), all'integrazione lavorativa (articolo 18), alla rimozione di ostacoli per l'esercizio di attività sportive, turistiche e ricreative (articolo 23), all'eliminazione o superamento delle barriere architettoniche (articolo 24), all'accesso all'informazione e alla comunicazione (articolo 25), alla mobilità e ai trasporti collettivi (articolo 26), ai trasporti individuali (articolo 27), all'esercizio del diritto di voto (articolo 29), alla riserva di alloggi (articolo 31), ai permessi lavorativi (articolo 33), alle agevolazioni circa l'acquisto di protesi e ausili tecnici (articolo 34), al ricovero del minore handicappato (articolo 35), all'aggravamento delle sanzioni penali (articolo 36) e al procedimento penale (articolo 37).

Non casualmente, gli accertamenti relativi alla minorazione e alla capacità residua sono effettuati dalle commissioni mediche preposte all'accertamento dell'invalidità civile, integrate, però, da un operatore sociale e da un esperto selezionato in relazione al particolare caso da esaminare<sup>22</sup>.

È, infatti, compito specifico dell'operatore sociale non solo concorrere alla definizione dell'*handicap* riscontrato, anche nei suoi aspetti dinamici ed evolutivi, ma analizzare il quadro di riferimento socio-culturale, in modo che la valutazione dello svantaggio esistenziale in atto sia tale da produrre non soltanto certificazioni, ma altresì elementi di indicazione per contrastare, quanto più possibile, lo svantaggio in termini di progettazione di programmi personalizzati di intervento, in ambito familiare, scolastico, lavorativo, ecc.

Date le esposte premesse, non può negarsi che l'accertamento dello stato di *handicap*, a differenza di quanto statuito in materia di invalidità civile, non consiste nel porsi in una prospettiva monodimensionale, correlando una percentuale di invalidità con una diagnosi, ma nel valutare la persona nel suo insieme, partendo dalle menomazioni che alterano il suo equilibrio psicofisico, per poi evidenziare le capacità positive sulle quali impennare il processo di inserimento e individuando, infine, in modo personalizzato, le prestazioni e gli interventi idonei a garantire inclusione sociale.

#### 4. Evoluzione del concetto di disabilità nel passaggio da un approccio medico ad una prospettiva multidimensionale, condivisa nelle fonti di rilievo internazionale e sovranazionale

Strettamente connesso al concetto di *handicap* è quello di disabilità. Nel riconoscimento di tali condizioni, a differenza di quanto accade in materia di invalidità civile, non ci si limita a valutare gli effetti sulla capacità lavorativa derivanti dalla menomazione quanto piuttosto le conseguenze di tipo relazionale che la minorazione, di grado lieve o grave, comporta alla persona.

Per comprendere, però, il concetto di disabilità e le differenze che si pongono rispetto alla condizione di *handicap*, è necessario far riferimento, in via preliminare, all'*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap* (in sigla: ICIDH) stilata dall'OMS nel 1980 e che ha segnalato l'ingresso nella terminologia corrente del flusso "patologia → menomazione → disabilità → handicap"<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Nell'ipotesi in cui gli accertamenti riguardino persone in età evolutiva, le commissioni mediche sono composte da un medico legale, che assume le funzioni di presidente, e da due medici di cui uno specialista in pediatria o in neuropsichiatria infantile e l'altro nella specializzazione inerente alla condizione di salute della persona. Tali commissioni sono integrate da un assistente specialistico o da un operatore sociale, o da uno psicologo in servizio presso strutture pubbliche individuati dall'Ente Locale o dall'INPS quando l'accertamento sia svolto dal medesimo Istituto, nonché, negli altri casi, da un medico INPS.

<sup>23</sup> L'Organizzazione Mondiale della Sanità cerca di attuare da tempo, per ovvie finalità connesse alla natura stessa di questa istituzione, l'obiettivo di introdurre in tutti i Paesi un unico sistema di classificazione delle malattie (c.d. ICD-*International Classification of Diseases*) e lo sottopone a continue periodiche revisioni. In particolare, nel 1976, durante i lavori della ventinovesima assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, fu deciso di affiancare all'ICD, un'appendice relativa alle "conseguenze delle malattie", ovvero a fenomeni connessi a queste; cinque anni dopo, nel 1980, Wood e la sua *équipe* proposero l'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps. A Manual of classification relating to the consequences of disease*. L'esigenza di un superamento concettuale della ICD, basata sulla sequenza "eziologia → patologia → manifestazione clinica", fu dettata dalla constatazione viepiù diffusa che le persone ammalate, oltre a subire le manifestazioni delle malattie, sono altresì incapaci di svolgere il proprio ruolo sociale e impossibilitate a mantenere le normali relazioni sociali.

In particolare, in tale documento la menomazione (o *impairment*) è stata descritta, con ciò che la più autorevole dottrina medico-legale italiana ha da tempo definito come danno biologico, ovvero come lesione all'integrità psicofisica della persona cagionata da una patologia rilevabile medicalmente e che abbia negative conseguenze sullo svolgimento degli atti ordinari del vivere comune<sup>24</sup>.

Contigualmente, la disabilità (o *disability*) è stata configurata come l'incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana considerate alla portata di un normale essere umano.

Di riflesso, l'*handicap* è stato prospettato come lo svantaggio sociale che deriva dall'aver una disabilità o una menomazione.

Quindi, alla luce di siffatte descrizioni, la menomazione riguarda un organo o un apparato funzionale; la disabilità si manifesta a livello di persona e delle attività che quest'ultima intraprende nella vita quotidiana; l'*handicap* emerge in seguito all'interazione con l'ambiente.

Tuttavia, quanto previsto nell'ICIDH e sintetizzabile in una sequenza lineare in cui la prima condizione (menomazione) può condurre alla seconda (disabilità) e la seconda alla terza (*handicap*), pur funzionale all'autonomizzazione dei richiamati concetti, presentava limiti e difficoltà applicative<sup>25</sup>.

Si è rilevato, in particolare, che possono esistere anche casi in cui l'*handicap* può essere conseguenza di una menomazione senza la mediazione della disabilità; la sequenza può, inoltre, essere interrotta qualora una persona menomata non sia anche disabile e portatrice di *handicap*<sup>26</sup>.

A tal proposito, basti pensare all'amputazione di un arto (condizione clinica espressiva di una menomazione), che se protesizzata – grazie anche agli attuali dispositivi medicali ad elevato contenuto tecnologico – può non impedire lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (senza che, quindi, si concretizzi una condizione di disabilità) ma può incidere sull'integrazione socio-lavorativa dell'invalido (venendosi così a configurare lo stato di soggetto con *handicap*). Peraltro, laddove dovesse esservi un perfetto adattamento del soggetto menomato alla nuova condizione, potrebbe venire meno anche lo svantaggio sociale e, quindi, la ricorrenza di uno stato di *handicap*.

A ciò si aggiunge che l'ICIDH, in aderenza all'approccio medico, non teneva minimamente conto del ruolo che gioca l'ambiente sociale nel contesto della disabilità. Essa considerava il mondo sociale come fisso e immutabile e non riconosceva, dunque, l'esistenza di barriere o facilitatori sociali, fattori questi che sono invece all'origine della disabilità.

Siffatti principali rilievi resero indifferibile un ulteriore intervento dell'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS), quale organo legislativo dell'OMS, che nel 2001, dopo aver valutato diverse bozze (Alfa, Beta-

<sup>24</sup> V., all'uopo, C. BUCCELLI, *Danno alla salute e danni-conseguenze: ambiguità e prospettive*, in *Atti del Convegno Nazionale SIMLA* (Riccione, 9/11 maggio 2001), *Il Danno biologico. Danno base*, Riccione, 2002; M. BARNI, *Dalla incapacità lavorativa al danno biologico*, in *Rivista Italiana di Medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 6, 2000, 1149-1159; A. FIORI, *Il danno biologico definito dalla legge 5 marzo 2001 n.57 e dal D.L. 23 febbraio 2000 n. 38 è identico al danno biologico definito dalla sentenza 184/1986 della Corte Costituzionale?*, in *Rivista Italiana di Medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2, 2001, 293-309. Per quanto concerne, invece, la recente giurisprudenza formatasi in materia, v., per tutte, la sentenza della Cassazione Civile, Sez. III, 26 giugno 2020, n. 12913, in *Danno e Responsabilità*, 1, 2021, con commento di C. NAPOLITANO, *Le tabelle di Milano quale parametro di conformità per la valutazione equitativa del danno biologico*.

<sup>25</sup> F. MASCI, *La tutela costituzionale della persona disabile*, in <http://www.federalismi.it>, cit., 147.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

1, Beta-2 e Beta-2 *draft version*), approvò la già menzionata ICF, accettata da 191 Paesi come una classificazione *standard* di rilievo internazionale, adoperata per misurare e classificare salute e disabilità<sup>27</sup>. Questo strumento, con il quale viene superata la prospettiva organicistica a favore di una multidimensionale, si basa, nello specifico, sul cosiddetto modello “bio-psico-sociale”<sup>28</sup> della disabilità, derivante dall’integrazione di due diversi approcci opposti tra loro: quello “medico” e quello “sociale”<sup>29</sup>.

Il primo considera la disabilità come un problema dell’individuo, causato direttamente da una o più minorazioni, che necessita dunque di interventi che mirano alla cura delle menomazioni che comportano la disabilità oppure ad un adattamento da parte della persona<sup>30</sup>.

Secondo il modello sociale, invece, la disabilità è in primo luogo creata dalla società e deriva da un problema di integrazione in quest’ultima. La disabilità, quindi, non è la caratteristica di un individuo, ma piuttosto il risultato di una complessa interazione di condizioni, molte delle quali sono create dall’ambiente sociale<sup>31</sup>.

Pertanto, nell’ICF, che rappresenta il *trait d’union* tra approccio medico e approccio sociale, la sequenza *handicap*, menomazioni, disabilità (proposta dall’ICIDH), viene sostituita dai concetti “funzioni e strutture corporee”, “attività e partecipazione”, “fattori ambientali”.

Tale strumento, in particolare, evidenzia gli aspetti propositivi e di valorizzazione del singolo, ponendo al centro il concetto “attività e partecipazione”, che può essere più o meno sviluppato in rapporto sia alle condizioni dell’individuo che a quelle ambientali.

Questo tipo di classificazione, applicabile a qualsiasi persona, è stato particolarmente apprezzato, poiché di concerto ad altri sistemi di classificazione (ICD-10; DSM IV) contribuisce di fatto all’individuazione e pianificazione di interventi personalizzati.

Di qui la necessità di evidenziare che il “bisogno” della persona con disabilità è quello soprattutto di trovare un contesto ambientale idoneo a “ridimensionare” la sua disabilità, perché è il contesto che può fare la differenza tra il sentirsi o non sentirsi disabile, tra il permettere o meno la “partecipazione” del soggetto alle attività proposte, qualsiasi esse siano. Ecco perché la comunità internazionale e, gradualmente, i legislatori nazionali, hanno iniziato a considerare la persona con disabilità sotto una prospettiva differente, complessiva e al contempo multidimensionale, nella quale la condizione di disabilità non venga più identificata unicamente sulla base delle menomazioni fisiche, sensoriali e psichiche

<sup>27</sup> Fu approvata, in particolare, il 22 maggio 2001 dalla 54esima Assemblea Mondiale della Sanità (risoluzione WHA54.21).

<sup>28</sup> Sull’impatto dei fattori psicologici sulla patologia, cfr. D. BRUNS, J. M. DISORBIO, *Chronic pain and biopsychosocial disorders, Practical Pain Management*, 7, 2005, 52-61. Sempre con riferimento al modello “bio-psico-sociale”, v., inoltre, la raccolta di una pluralità di saggi, rinvenibile in V. CIGOLI, M. MARIOTTI (a cura di), *Il medico, la famiglia e la comunità. L’approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, Milano, 2002.

<sup>29</sup> V., a questo proposito, E. LONGO, *Unitarietà del bisogno di cura. Riflessioni sugli effetti giuridici conseguenti al passaggio dal modello medico al modello sociale di disabilità*, in *Non profit*, 2, 2011, 35 ss.

<sup>30</sup> Per ulteriori ragguagli in ordine al dibattito sviluppatosi in merito al c.d. “modello medico”, v. S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 2, 2017, 1-61.

<sup>31</sup> Ad avviso di F. MASCI, *La tutela costituzionale della persona disabile*, in <http://www.federalismi.it>, cit., 157: «così come quello medico-individualista, anche il modello sociale offre una visione parziale della disabilità, e lo fa perché circoscrive il fenomeno a una dimensione meramente sociale, espungendo dalla narrazione una variabile altrettanto fondamentale come quella biologica».

e dei corrispettivi danni alle funzioni vitali e lavorative, ma anche sulla base delle esigenze esistenziali, relazionali, affettive, formative e culturali e, soprattutto, del ruolo esercitato dall'interazione con i contesti ambientali e sociali all'interno dei quali le persone sono inserite<sup>32</sup>.

Tale tendenza è bene testimoniata dall'approvazione, il 13 dicembre 2006, della già menzionata Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (in sigla: CRPD) da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, la quale, facendo eco alle considerazioni scientifiche dell'ICF, ha introdotto una definizione di disabilità del tutto nuova rispetto al passato.

Nello specifico, sono definite "persone con disabilità" i soggetti che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali tali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri individui.

La Convenzione non ha inteso, dunque, riconoscere nuovi diritti alle persone con disabilità, ma piuttosto garantire che queste ultime possano concretamente soddisfare, senza alcuna discriminazione, tutte le situazioni giuridiche attive riconosciute agli altri individui<sup>33</sup>.

In questa prospettiva, la nuova concezione sanitaria e sociale promossa dall'OMS, insieme ai principi stabiliti all'interno della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, di cui l'Unione Europea è parte firmataria, è stata accolta e recepita dall'U.E. sia mediante direttive che con atti di indirizzo e di programmazione<sup>34</sup>.

## 5. Disabilità, contesto normativo italiano e criticità emergenti

Così, procedendo ad un "inventario", anche se non esaustivo, delle fonti giuridiche italiane nelle quali vi è menzione della tutela della persona con disabilità, essa si rinviene anzitutto nella Carta costituzionale<sup>35</sup>.

<sup>32</sup> Su queste considerazioni, v. Camera dei Deputati, *Dossier su Il tema della disabilità nel contesto normativo italiano ed internazionale*, 9 febbraio 2021, n. 135, reperibile in <https://temi.camera.it/leg18/dossier/OCD18-14649/il-tema-della-disabilita-nel-contesto-normativo-italiano-ed-internazionale.html>.

<sup>33</sup> V., su tale punto, A. VENCIARUTTI, *I diritti delle persone disabili*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI, *Trattato di Biodiritto. Il Governo del corpo*, Milano, 2011, 173-187.

<sup>34</sup> Si citano, a titolo di esempio, la *European Disability Strategy 2010-2020*, approvata dalla Commissione Europea nel 2010 con l'obiettivo di promuovere una società europea priva di barriere alle disabilità e la Direttiva UE 2019/882 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019, finalizzata ad armonizzare il mercato Europeo sul piano delle misure e regole di accesso a prodotti e servizi di particolar rilevanza per le persone con disabilità.

<sup>35</sup> Sul punto merita di essere segnalata l'osservazione di C. COLAPIETRO, F. GIRELLI, *Persone con disabilità e Costituzione*, cit., 74, a termini della quale: «[n]onostante [...], l'assenza nella nostra Carta costituzionale di una specifica disciplina a tutela delle persone con disabilità, non v'è dubbio che queste ultime sono "titolari di tutte le situazioni soggettive garantite in generale dalla Costituzione", ed i problemi che si pongono per i disabili sono quindi "problemi che riguardano tutte e ciascuna delle situazioni disciplinate nella Costituzione". Il che significa che questa particolare categoria di cittadini deve essere sempre e comunque considerata "alla stessa identica stregua di tutti indistintamente gli altri cittadini della Repubblica", ed ha diritto alla piena considerazione della società, non solo da un punto di vista giuridico, ma, più in generale, anche e soprattutto sotto un profilo ben più penetrante ed impegnativo quale quello etico».

Si allude, nello specifico, all'articolo 2 (che prevede il riconoscimento e la garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo e lo fa a prescindere dalle condizioni personali, sociali e di salute dell'individuo); all'articolo 3 (che sostiene la disabilità là dove statuisce che «[t]utti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali» e che «[è] compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana»); all'articolo 31 (il quale fa carico allo Stato di agevolare, con misure economiche e altre provvidenze, l'adempimento dei compiti della famiglia); all'articolo 32 (che eleva la salute al rango di diritto soggettivo dell'individuo ad esser curato e di interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti); all'articolo 34 (nella parte in cui prevede il diritto all'istruzione anche della persona con disabilità, assicurando l'impegno dello Stato ad istituire scuole accessibili a tutti e imponendo altresì l'obbligo di istruirsi per almeno dieci anni); all'articolo 35 (che assicura la tutela del lavoro, impone di curare la formazione e l'elevazione professionale dei lavoratori) e, infine, all'articolo 38 (ove è statuito che «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale» e che «devono essere garantite forme di tutela nel caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria»)<sup>36</sup>.

Per quanto concerne, invece, l'introduzione della tutela della disabilità nella legislazione ordinaria italiana, va evidenziato che il termine "disabile" è apparso in un contesto giuridico per la prima volta con la legge n. 68 del 12 marzo 1999, che ha introdotto una definizione di disabilità a fini lavorativi<sup>37</sup>.

L'articolo 1 della legge in argomento definisce persone disabili: a) «le persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e i portatori di handicap intellettivi che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45% accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dall'OMS»; b) «le persone invalide del lavoro, con riduzione della capacità lavorativa superiore al 33%, come accertato dall'INAIL»; c) «le persone non vedenti e sordomute, così come definite dalle Leggi n.381 del 1970 e n.382 del 1970»; d) «le persone invalide di guerra e civili di guerra e invalide per servizio con minorazione dalla prima alla ottava categoria» (secondo le tabelle annesse al Testo Unico delle norme in materia di pensioni di guerra – DPR n.915 del 1978).

<sup>36</sup> A parere di E. ROSSI, *Lo "statuto costituzionale della persona con disabilità": brevi considerazioni su un disegno di legge*, in E. VIVALDI, A. BLASINI (a cura di), *Verso il "Codice per la persona con disabilità"*, cit. 377: «[c]iò induce tuttavia ad interrogarci se [...] siano soltanto quelle richiamate [nel disegno di legge approvato dal Consiglio dei ministri il 28 febbraio 2019] le disposizioni costituzionali da considerare con specifica attenzione, o se invece non ve ne siano altre che meriterebbero specifico e puntuale richiamo, e la cui mancata indicazione può pertanto suscitare dubbi». Su tale punto, v. anche C. COLAPIETRO, *Diritti dei disabili e Costituzione*, Napoli, 2011, *passim* ed *ID.*, *Disabilità, crisi economica e giudice delle leggi*, in C. COLAPIETRO, A. SALVIA (a cura di), *Assistenza inclusione sociale e diritti delle persone con disabilità. A vent'anni dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104*, Napoli, 2013, 157 ss.; nonché M. D'AMICO, *Introduzione. Un nuovo modo di guardare al mondo delle disabilità: la Costituzione inclusiva*, in M. D'AMICO, G. ARCONZO (a cura di), *Università e persone con disabilità. Percorsi di ricerca applicati all'inclusione a vent'anni dalla legge n. 104 del 1992*, Milano, 2013.

<sup>37</sup> Fino ad allora, il principale testo normativo di riferimento era la normativa italiana per il superamento delle barriere architettoniche e la progettazione accessibile del 1989, testo che introduceva la categoria di "persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale".

Con riferimento, poi, alla procedura di accertamento della condizione di disabilità, occorre rilevare che, a norma dell'art. 1, comma 4, della legge n. 68/1999, le commissioni all'uopo predisposte sono quelle che valutano anche l'*handicap*.

Per quanto specificamente attiene, invece, alle modalità previste per l'espletamento di detto accertamento, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 gennaio 2000 dispone che «la commissione [...] acquisisce le notizie utili per individuare la posizione della persona disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro»; a tal fine, «sono presi in considerazione i dati attinenti alla diagnosi funzionale e al profilo dinamico funzionale» (articolo 4, commi 1 e 2)<sup>38</sup>.

Ebbene, proprio sulla scorta di tali rilievi normativi, la disabilità, allo stato, continua ad essere accertata attraverso la misurazione del grado d'incidenza di variabili mediche e sociali sulla capacità lavorativa della persona in aderenza al sistema tabellare previsto dal Decreto ministeriale del 5 febbraio 1992.

Un ultimo intervento che va qui menzionato nel quadro normativo e programmatico sulla disabilità è la legge n. 18 del 3 marzo 2009, recante «Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità».

La suddetta Convenzione dispone che ogni Stato aderente presenti un rapporto dettagliato sulle misure prese per adempiere ai propri obblighi e sui progressi conseguiti al riguardo. Motivo, questo, per il quale la legge italiana di ratifica della Convenzione (Legge 3 marzo 2009, n.18) ha contestualmente istituito l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità che ha, tra gli altri, il compito di promuovere l'attuazione della Convenzione ed elaborare il rapporto dettagliato sulle misure adottate di cui all'art. 35 della stessa Convenzione, in raccordo con il Comitato Interministeriale dei Diritti Umani (CIDU).

Il Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità definito dall'Osservatorio nazionale sulla Disabilità (adottato con D.P.R. del 4 ottobre 2013) è stato emanato nella sua prima versione nel 2013 ed è stato poi rinnovato, in continuità con il primo, da un Secondo Programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità nel 2017 (D.P.R. 12 ottobre 2017). Entrambi i programmi dettano delle linee di azione in diversi ambiti di intervento aventi a che fare con la qualità della vita delle persone con disabilità<sup>39</sup>.

In questo panorama policromo si è inserita anche la legge n. 112/2016 sul c.d. "Dopo di noi", che ha proposto un intervento innovativo sulla concezione dell'assistenza delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nella prospettiva del superamento della c.d. istituzionalizzazione<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> Stante, però, l'assenza di riferimenti medici scientificamente validati, l'articolo 1, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 statuisce che «entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, con uno o più decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali [...] sono definite linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità sulla base dei seguenti principi: [...] individuazione, nelle more della revisione delle procedure di accertamento della disabilità, di modalità di valutazione bio-psico-sociale della disabilità». Tuttavia, pur essendo stata invocata l'introduzione ordinamentale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, i decreti ministeriali che avrebbero dovuto prevederla non sono ancora stati emanati.

<sup>39</sup> Consultabile in <https://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/II-Programma-di-azione-biennale-disabilita.pdf>

<sup>40</sup> Al riguardo, v. E. VIVALDI, *L'assistenza alle persone con disabilità (grave) prive del sostegno familiare*, in E. VIVALDI, A. BLASINI (a cura di), *Verso il "Codice per la persona con disabilità"*, 573: «il processo di implementazione della

Orbene, alla luce di quanto testé riferito sia pure in termini estremamente sintetici, è giunto ora il tempo di formulare un preciso quesito. L'interrogativo peraltro adombrato fin dalle considerazioni introduttive, è il seguente: quale giudizio si può esprimere sul sistema legislativo attualmente vigente in Italia e che stando ai dati del 2019, interessa 3 milioni e 150 mila persone con disabilità, pari a circa il 5,2 per cento della popolazione?

A questo proposito, vi è, anzitutto, da sottolineare che

«la legislazione italiana, sebbene considerata all'avanguardia, si caratterizza per la varietà e la stratificazione di terminologie e definizioni giuridiche ancorate a modelli ormai superati che non facilitano l'affermazione di una chiara cornice concettuale. Così, ad esempio, la locuzione, apparentemente semplice, utilizzata per definire l'handicap in situazione di gravità è generatrice di dubbi e perplessità tra i professionisti sanitari che compongono le Commissioni sanitarie previste dall'art. 4 della legge n. 104 del 1992, non meno dei cortocircuiti concettuali che portano a confondere l'handicap con l'invalidità civile, [...] e l'handicap in situazione di gravità con quelle diversificate situazioni che legittimano la concessione dell'indennità di accompagnamento»<sup>41</sup>.

A ciò si aggiunge che la disciplina attualmente vigente trova fondamento nelle richiamate sparse disposizioni normative che non hanno avuto l'effetto di definire un lineare, semplice ed efficiente percorso accertativo dell'invalidità, dell'*handicap* e della disabilità.

In sintesi, la fase dell'accertamento medico legale è stata ripartita tra ASL e INPS. In particolare, l'Ente previdenziale ha assorbito le funzioni delle ASL in quelle Regioni in cui sono state stipulate convenzioni in tal senso. Di conseguenza, l'INPS, dove non opera la delega, procede alla verifica dei verbali redatti dalle Commissioni medico legali delle ASL. Motivo, questo, per il quale si riscontra una disparità di trattamento tra le persone con disabilità, essendoci diversi organismi pubblici che gestiscono la fase accertativa e differenti possibili gradi di valutazione cui le stesse sono sottoposte nelle varie aree del Paese<sup>42</sup>.

Inoltre,

«l'uso di tabelle valutative risalenti al 1992 ha reso estremamente opinabile la valutazione medico legale del grado di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e *handicap* col perpetuarsi, spesso, di ingiustizie sfociate in contenzioso giudiziario; così come la valutazione per similitudine di patologie non inserite nelle tabelle ha prodotto giudizi ampiamente discrezionali e spesso non appropriati»<sup>43</sup>.

---

legge 112 non può e non deve essere disperso. È stata un'esperienza significativa ed innovativa, che ha ingaggiato una sfida importante e sollecitato le aspettative di tante persone con disabilità (grave) e delle loro famiglie. Per questa ragione, prima di qualsiasi intervento normativo che possa modificare gli assi portanti della legge n. 112 o anche solo gettarvi qualche ombra, sarebbe utile effettuare una seria opera di monitoraggio e valutazione dei risultati ottenuti nei diversi contesti regionali». Su questa tema, v. anche E. GNAM, C. CASTEGNARO, *Dopo di Noi, un aggiornamento a due anni dalla legge 112*, in *welforum.it*, 30 ottobre 2018; nonché G. ARCONZO, *La legge sul «dopo di noi» e il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità*, in *Quaderni costituzionali*, 4, 2016, 789-790.

<sup>41</sup> Così, S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 2, 2017, 28.

<sup>42</sup> Cfr. D. SABIA, A. CECCHETTI, *La definizione della condizione di disabilità e la riforma del sistema di accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità*, cit., 413.

<sup>43</sup> *Ibidem*, 414.

A questi dilemmi legati alla definizione di disabilità e alle procedure di accertamento di tale condizione si sommano quelli dovuti alle disuguaglianze territoriali. «Sono, infatti, molteplici i fattori economici, sociali e infrastrutturali che incidono negativamente sulla vita delle persone disabili in Italia, a partire dalla difficoltà di spostamento». A titolo di esempio,

«solo il 14,4 per cento delle persone con disabilità si sposta con i mezzi pubblici urbani, contro il 25,5 per cento del resto della popolazione. Nelle scuole, l'assistenza per l'autonomia e alla comunicazione è carente in molte Regioni, soprattutto al Sud. Spesso l'onere di garantire un livello di vita adeguato alle persone con disabilità è a carico delle famiglie e colpisce soprattutto quelle con redditi più bassi. Oltre due terzi delle famiglie nelle quali vive almeno una persona disabile non può permettersi una settimana di vacanza all'anno lontano da casa, mentre oltre la metà non è in grado di affrontare una spesa imprevista di 800 euro»<sup>44</sup>.

«Il che ripropone di attualità il problema del “costo” dei diritti sociali, “un problema che ha di fatto segnato l'intero percorso di riconoscimento e di garanzia di tali diritti”<sup>45</sup>».

Difatti, la proclamazione della loro inviolabilità si scontra, come rilevato nella dottrina contemporanea, con il principio dell'equilibrio finanziario. Principio, questo, che oggi viene declinato, anche a livello costituzionale, in termini ancora più rigidi, come pareggio di bilancio<sup>46</sup>. In nome di questo postulato,

«negli ultimi anni, di fronte alla crisi fiscale dello Stato sociale e ad una sua possibile implosione per l'incombente crisi finanziaria, il Legislatore – sia a livello nazionale sia a livello regionale – si è fatto promotore di una serie di interventi normativi limitativi dei servizi connessi al godimento di taluni diritti sociali»<sup>47</sup>.

A tal proposito, vien fatto però di osservare che «la pervasività del limite dell'equilibrio finanziario non può ritenersi idoneo a giustificare una qualsiasi limitazione dei diritti sociali»<sup>48</sup>. Cruciale tematica,

<sup>44</sup> In merito, v. il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, consultabile in <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>, 41

<sup>45</sup> A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo “modello sociale europeo”: più sobrio, solida e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 4, 2011, 7, citato da C. COLAPIETRO, F. GIRELLI, *Persone con disabilità e Costituzione*, Napoli, 2020, 129.

<sup>46</sup> In tal senso, v. C. COLAPIETRO, *I diritti delle persone con disabilità nella giurisprudenza della Corte costituzionale: il “nuovo” diritto alla socializzazione*, in *Dirittifondamentali.it*, 2. 2020, 158. Sul punto si veda anche E. FURNO, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in *ConsultaOnline*, 1, 2017, 120 ss.

<sup>47</sup> L'espressione tra virgolette è di C. COLAPIETRO, F. GIRELLI, *Persone con disabilità e Costituzione*, cit., 130. A questo proposito, v. anche G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità durante la crisi economica*, in M. D'AMICO, F. BIONDI (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica*, Milano, 2017.

<sup>48</sup> C. COLAPIETRO, *I diritti delle persone con disabilità nella giurisprudenza della Corte costituzionale: il “nuovo” diritto alla socializzazione*, cit., 159. Sul punto v., fra le altre, la sentenza della Corte cost. 19 ottobre 2016, n. 80, con la quale il Giudice delle leggi ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 6 della legge della Regione Abruzzo n. 78/1978, limitatamente alla parte in cui prevedeva un contributo regionale pari al 50% della spesa necessaria e documentata dalle Province per l'effettuazione del servizio di trasporto e di assistenza scolastica degli alunni disabili. In particolare, la Corte costituzionale ha sostenuto che «il diritto all'istruzione del disabile è consacrato nell'art. 38 Cost., e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall'art. 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati, tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una

questa, che in Italia, nonostante i numerosi interventi della Corte costituzionale<sup>49</sup>, attende ancora un esauriente e sistematico approfondimento. Particolarmente acuto diviene, pertanto, il bisogno di una riforma normativa in tema di disabilità.

## 6. Proposte conclusive alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e di quanto statuito nella recentissima “Legge Quadro sulla disabilità” approvata il 27 ottobre 2021 dal Consiglio dei Ministri

A fronte di questa prospettiva, con il disegno di legge recante delega al Governo di semplificazione e codificazione in materia di disabilità, approvato dal Consiglio dei Ministri il 28 febbraio 2019<sup>50</sup>, il Governo venne delegato ad emanare, entro due anni, uno o più decreti legislativi volti ad «armonizzare, riordinare e semplificare, anche innovandole, le disposizioni vigenti in materia di disabilità, anche ai fini della definizione del “Codice per la persona con disabilità”»<sup>51</sup>.

Numerosi erano i settori di intervento individuati nel disegno di legge delega: dalla definizione della condizione di disabilità all'accertamento e certificazione; dalla disciplina dei benefici ai sistemi di monitoraggio, verifica e controllo; dalla promozione della vita indipendente e contrasto dell'esclusione sociale all'abilitazione e riabilitazione; dall'istruzione e formazione all'inserimento nel mondo del lavoro, ecc.

Tuttavia, pur apprezzandone vivamente il valore, non può essere taciuto che a distanza di quasi tre anni il suddetto disegno di legge delega è ancora in attesa di ricevere una effettiva attuazione, a causa probabilmente del cambio di governo, della complessità tanto politica quanto tecnica che aveva caratterizzato il testo fin dalle prime battute<sup>52</sup> e soprattutto in ragione del ventilato non superamento del preventivo vaglio della Ragioneria dello Stato<sup>53</sup>.

---

componente essenziale ad assicurare l'effettività del medesimo diritto. Tale effettività non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto, nel quadro dei compositi rapporti amministrativi e finanziari degli enti territoriali coinvolti».

<sup>49</sup> Cfr. Corte cost. 22 novembre 2002, n. 467; Corte cost. 26 febbraio 2010, n. 80; Corte cost. 19 ottobre 2016, n. 275 (consultabili in <http://www.iusexplorer.it>), ove si legge che è «la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». All'uopo, v. A. APOSTOLI, *I diritti fondamentali “visti” da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a “caldo” della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 11 gennaio 2017; A. LONGO, *Una concezione del bilancio costituzionalmente orientata: riflessioni sulla sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in *federalismi.it*, 10, 2017.

<sup>50</sup> Per incisivi ragguagli in materia, si rinvia a E. VIVALDI, A. BLASINI (a cura di), *Verso il “Codice per la persona con disabilità”. Analisi, indirizzi e proposte sul disegno di legge recante “Delega al Governo di semplificazione e codificazione in materia di disabilità approvato dal Consiglio dei ministri il 28 febbraio 2019*, cit., 367-575.

<sup>51</sup> Già citato peraltro, retro, in nota n. 36.

<sup>52</sup> V., C. FOTINA, *Le semplificazioni di Conte: 10 Ddl fermi da undici mesi. Tra i nodi le complicazioni tecniche dei testi e il timore che il governo scavalchi il Parlamento*, in <https://www.ilsole24ore.com/art/le-semplificazioni-conte-10-ddl-fermi-undici-mesi-AC760cFB>

<sup>53</sup> Cfr. F. STARACE, *Basterà il Ministero alla Disabilità per superare la separazione tra Sanità e Sociale?*, in <http://www.news-forumsalutementale.it/bastera-il-ministero-alla-disabilita-per-superare-la-separazione-tra-sanita-e-sociale/>

Ciò nonostante, la legge di Bilancio del 2020 ha dedicato apposite risorse al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità (art. 1, comma 330, della Legge n. 160/2019).

Né va tralasciato di considerare che il 13 luglio scorso il Governo ha indicato la riforma della normativa sulle disabilità come una delle priorità del PNRR.

In questa auspicabile direzione si è orientato il Consiglio dei Ministri, il quale, nell'esercizio di quanto delineato proprio nell'ambito della missione n. 5 (rubricata: "Inclusione e Coesione") del PNRR, ha approvato il 27 ottobre scorso la c.d. "Legge Quadro sulla disabilità".

In particolare, il disegno di legge in parola conferisce al Governo la delega legislativa per la riforma della normativa sulla disabilità da esercitarsi mediante l'emanazione, entro venti mesi dall'entrata in vigore del summenzionato d.d.l., di uno o più decreti legislativi.

Nel dettaglio, con riguardo alle definizioni della condizione di disabilità e al riassetto e semplificazione della normativa di settore, i principi e criteri direttivi della delega prevedono: il coordinamento sotto il profilo formale e sostanziale delle disposizioni legislative vigenti; l'adozione di una definizione di disabilità (che andrà introdotta nella legge n. 104/1992) coerente con l'articolo 1, comma 2, della CRPD; l'adozione di una definizione di "durevole menomazione"; l'adozione dell'ICF ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento della disabilità e della salute; l'adozione di una definizione di profilo di funzionamento coerente con la Classificazione ICF e con le disposizioni della CRPD; nonché l'introduzione nella legge n. 104/1992 della definizione di accomodamento ragionevole, con la conseguente previsione di adeguati strumenti di tutela.

Si dovrebbe, dunque, «andare verso una legislazione ispirata, nel suo complesso, al "modello biopsicosociale della disabilità", abbracciando l'idea che a far sorgere la disabilità non siano le menomazioni in sé, ma l'interazione fra queste e le barriere, di varia natura, presenti in una data società»<sup>54</sup>.

Un altro aspetto su cui intervenire in via prioritaria è quello del riassetto dei meccanismi di accertamento della condizione in argomento. A questo proposito, il Governo è delegato a unificare tutti gli accertamenti concernenti l'invalidità civile, la cecità civile, la sordità civile, la sordocecità, l'*handicap*, anche ai fini scolastici, la disabilità prevista ai fini del collocamento mirato e ogni altro accertamento dell'invalidità.

L'esecutivo è delegato altresì a prevedere l'aggiornamento, con decreto del Ministro della salute delle tabelle delle percentuali degli stati invalidanti, attualmente disciplinate dal decreto del Ministro della sanità del 5 febbraio 1992 e a prevedere un aggiornamento e un adeguamento del sistema di controlli in merito alla effettiva permanenza e sussistenza dello stato invalidante, al fine anche di monitorare che le prestazioni rese continuino ad essere quelle adeguate.

In quest'ottica, il sistema tabellare, risalente al 1992, deve essere oggetto di una revisione strutturale che tenga conto dell'evoluzione scientifica, delle conoscenze e scoperte di nuove patologie, della

---

<sup>54</sup> P. ADDIS, *Il diritto alla vita indipendente e l'inclusione sociale*, in E. VIVALDI, A. BLASINI (a cura di), *Verso il "Codice per la persona con disabilità"*, cit., 480; G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, cit., 245: «[n]ella prospettiva del modello bio-psico-sociale della disabilità, il principio della vita indipendente riveste [...] un'importanza centrale [...]. Ed è evidente che se, ad esempio, una persona con disabilità necessita di una qualsiasi forma di assistenza personale per poter esercitare [il diritto alla vita indipendente], l'impossibilità di scegliere i momenti in cui poter contare sull'assistenza, finirà per rendere l'affermazione, anche costituzionale, di quel diritto una mera finzione».

introduzione di nuovi ausili tecnici e delle moderne tecniche di indagine sviluppatasi negli ultimi venti anni<sup>55</sup>.

Sarebbe, allora, preferibile impostare

«il meccanismo di accertamento della condizione di disabilità non su una scomposizione percentuale millimetrica delle patologie, ma su un criterio funzionale individuando cioè la stretta connessione tra prestazioni di beni e servizi e il complesso invalidante del soggetto»<sup>56</sup>.

A tale decisione dovrebbe fare seguito (come previsto nell'art. 2, comma 2, lett. b), n. 5 della legge delega) la scelta di conferire ad un unico soggetto pubblico l'esclusiva competenza medico legale sui processi valutativi di base, al precipuo scopo di uniformare su tutto il territorio nazionale gli aspetti organizzativi, procedurali, riducendo altresì il contenzioso<sup>57</sup>.

Il Governo è, inoltre, delegato a prevedere, nell'ottica della semplificazione, l'informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione, nonché procedimenti più snelli, trasparenti ed efficienti di riesame e di rivalutazione delle condizioni di disabilità che tutelino pienamente i diritti del cittadino e di chi lo rappresenta.

Nelle more ha rivestito un ruolo particolarmente significativo, ed ha rappresentato, al tempo stesso, una vera e propria svolta dal punto di vista procedurale, l'art. 29-ter (intitolato: «Semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap») della legge n. 120 dell'11 settembre 2020 (rubricata: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale»), là dove, al comma 1, stabilisce che

«[le] commissioni mediche pubbliche preposte all'accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap [...], sono autorizzate a redigere verbali sia di prima istanza che di revisione anche solo sugli atti, in tutti i casi in cui sia presente una documentazione sanitaria che consenta una valutazione obiettiva».

Una particolare menzione merita anche il comma 2, a tenore del quale

«[l]a valutazione sugli atti può essere richiesta dal diretto interessato o da chi lo rappresenta unitamente alla produzione di documentazione adeguata o in sede di redazione del certificato medico introduttivo. In tale secondo caso spetta al responsabile della commissione di accertamento indicare la documentazione sanitaria da produrre».

Ovviamente, nelle ipotesi in cui la documentazione non risulti sufficiente per una valutazione obiettiva, l'interessato è convocato a visita diretta<sup>58</sup>.

<sup>55</sup> Al riguardo, «nel secondo programma di azione biennale si sottolinea, in continuità con il precedente programma d'azione, varato nel 2013, l'opportunità di superare in maniera netta il sistema attuale, anziché puntare su interventi di mera manutenzione dell'esistente, a carattere puntuale e limitato».

<sup>56</sup> D. SABIA, A. CECCHETTI, *La definizione della condizione di disabilità e la riforma del sistema di accertamento dell'invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità*, cit., 420.

<sup>57</sup> P. ADDIS, *Il diritto alla vita indipendente e l'inclusione sociale*, cit., 417: «[occorrerebbe] individuare un soggetto unico gestore del procedimento cui rivolgere la domanda amministrativa di riconoscimento dello stato di disabilità, che procede alla redazione del verbale e alla liquidazione ed erogazione di prestazioni».

<sup>58</sup> È da sottolineare che, a parere di P. FRATI, R. LA RUSSA, A. SAPONE, R. MIGLIORINI, E. SAPONE, A. QUATTROCCHI, A. DE MATTEIS, M. DELL'AQUILA, V. FINESCHI, *Considerazioni medico-legali sulla legge n. 120 dell'11 settembre 2020 – La possibilità di trasformare una condizione di necessità in una prospettiva per il futuro, in Responsabilità civile e*

Alla stregua di questa disposizione,

«nel caso delle Commissioni mediche INPS, la procedura di definizione dei verbali *per tabulas* è stata tempestivamente intrapresa, fin dall'inizio dell'emergenza mondiale legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2, per quanto riguarda i soggetti affetti da patologie oncologiche (di cui alla legge n. 80/2006)<sup>59</sup> e, successivamente all'entrata in vigore dell'art. 29-ter della legge n. 120/2020, è stata estesa a tutta l'utenza. Tale prassi operativa [...] è stata mantenuta in essere anche nel periodo *post-lockdown*, venendo affiancata alla ripresa delle visite dirette (ancora in numero piuttosto limitato rispetto agli standard di normalità, in relazione alla necessità di evitare assembramenti e di provvedere alla sanificazione degli ambienti al termine di ogni visita)»<sup>60</sup>.

«Risulta, allora, doveroso chiedersi se questa doppia modalità di accertamento della disabilità possa essere considerata come una prassi da adottare [...] anche nel futuro *post Covid-19*, ovvero una importante risorsa per incrementare l'efficienza lavorativa ed abbattere notevolmente i costi»<sup>61</sup>

Oltre alla revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità, il d.d.l. approvato il 27 ottobre 2021 prevede, per di più, la valutazione multidisciplinare della persona, finalizzata all'elaborazione di progetti di vita personalizzati che garantiscono i diritti fondamentali e il potenziamento dei servizi pubblici e delle infrastrutture sociali necessari.

L'elaborazione del progetto di vita, a sua volta, non può prescindere dall'indicazione del cosiddetto "budget di progetto" ovvero la descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali, tecnologiche e umane dirette a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità ed intensità nel programma personalizzato. Il progetto può altresì prevedere che tali risorse possono essere anche autogestite dalla persona con disabilità, rispettando tuttavia i previsti obblighi di rendicontazione.

Il provvedimento approvato dal Consiglio dei ministri stabilisce, infine, l'istituzione del Garante nazionale delle disabilità. Tale Organismo dovrà occuparsi di raccogliere le istanze e fornire adeguata assistenza alle persone con disabilità che subiscono violazioni dei propri diritti; formulare raccomandazioni e pareri alle amministrazioni interessate sulle segnalazioni raccolte, anche in relazione a specifiche situazioni e nei confronti di singoli enti; promuovere campagne di sensibilizzazione e di comunicazione per una cultura del rispetto dei diritti delle persone.

Si auspica, pertanto, che le comprensibili e giustificate ambizioni generate nelle persone con disabilità, nelle loro famiglie, nelle associazioni di rappresentanza e in tutti gli operatori di settore, non si concludano in un «nulla di fatto, perché la disabilità rappresenta uno dei fianchi scoperti del nostro sistema

---

*previdenza*, 1, 2021, 326: «in caso di riscontro di certificazioni decisamente inattendibili o, addirittura attestanti il falso che, ovviamente, possono portare ad una errata valutazione *per tabulas* da parte della Commissione esaminatrice e al conseguente accesso a benefici immeritati, la responsabilità dovrà essere imputata esclusivamente a carico del medico specialista che ha redatto le certificazioni, con tutte le conseguenze del caso».

<sup>59</sup> A questo proposito, v. S.F. MARTÍNEZ, *L'evoluzione del concetto giuridico di disabilità: verso un'inclusione delle malattie croniche?*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, 1, 2017, 74-97.

<sup>60</sup> Così P. FRATI, R. LA RUSSA, A. SAPONE, R. MIGLIORINI, E. SAPONE, A. QUATTROCCHI, A. DE MATTEIS, M. DELL'AQUILA, V. FINESCHI, *Considerazioni medico-legali sulla legge n. 120 dell'11 settembre 2020 – La possibilità di trasformare una condizione di necessità in una prospettiva per il futuro*, cit., 329.

<sup>61</sup> *Ibidem*.

di *welfare* e un intervento legislativo, organico e sistematico, potrebbe costituire un momento prezioso per rafforzarne le tutele»<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Cfr. E. VIVALDI, A. BLASINI, *Verso il "Codice per la persona con disabilità". Introduzione*, in E. VIVALDI, A. BLASINI (a cura di), *Verso il "Codice per la persona con disabilità"*, cit., 368.