

# Quaderni

di Medicina Legale del Lavoro

Supplemento  
al Notiziario Inca  
N. 1-2/2009

Handicap:  
l'altra faccia  
dell'invalidità civile

Supplemento  
al **Notiziario Inca**  
N. 1-2/2009

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Lisa Bartoli

**REDAZIONE**

Sonia Cappelli

Via G. Paisiello 43  
00198 Roma  
Tel. (06) 855631  
Fax (06) 85352749  
E-mail:  
comunicazione-informazione@inca.it

**PROPRIETÀ E AMMINISTRAZIONE**

Ediesse srl  
Via dei Frentani 4/a  
00185 Roma  
Tel. (06) 44870283/260  
Fax (06) 44870335

**ABBONAMENTO NOTIZIARIO INCA**

annuo € 25,00 - estero € 50,00  
una copia € 4,00  
C/C post. n. 935015  
intestato a Ediesse srl  
Via dei Frentani 4/a - 00185 Roma,  
indicando la causale  
di versamento «Notiziario Inca»

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

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

CHIUSO IN TIPOGRAFIA  
IL 3 APRILE 2009

*Questo Quaderno è stato curato da:*

*Cristiana Brambilla, Ferdinando Brandi,*

*Gianpiero Cassina, Lelia Della Torre,*

*Adalberto Ferioli, Mariaclara Guerreri*

*del Coordinamento medico legale*

*dell'INCA CGIL Lombardia*

*e da Maria Manigiaracina dell'INCA CGIL Lombardia*

<http://www.inca.lombardia.it/consulenza/indicemedico.htm>

*e per l'Ufficio Stampa INCA CGIL nazionale da:*

*Sonia Cappelli*

▼ <b>Presentazione</b>	5
<i>a cura del Coordinamento medico legale INCA CGIL Lombardia</i>	
▼ <b>Relazioni</b>	
▶ L'handicap: dati statistici regionali <i>di Rosella Petrali</i>	11
▶ La difficile valutazione dell'handicap <i>di Cristiana Brambilla</i>	19
▶ L'esperienza sindacale <i>di Francesco Vazzana</i>	27
▶ Legge 104: la riflessione della consulenza medico-legale dell'INCA CGIL <i>di Marco Bottazzi</i>	39
▼ <b>Allegati</b>	
1) Legge 104/1992	51
2) Nota del Ministero della Sanità del 17.11.1998	110
3) Indicazioni operative (circolari la Regione Lombardia del 20.5.1994 - 22.12.1995 - 30.1.1997)	112
4) Modulistica (circolari Regione Lombardia del 30.4.1996 - 2.4.1998 - 1.10.2008)	119
5) Accertamento dell'handicap in presenza di sindrome di Down (circolare Regione Lombardia dell'11.3.2003)	131
6) Legge Regione Marche: approvazione linee guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap	136



## Presentazione\*

---

**D**a tempo siamo stati sollecitati da vari colleghi ad affrontare il tema della legge 104/92 in un apposito corso di aggiornamento per confrontarsi su quanto previsto per legge e sui criteri valutativi utilizzati nelle Commissioni per il riconoscimento di handicap come «una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa con conseguente svantaggio sociale ed emarginazione» e per il riconoscimento dell'handicap grave che si connota per necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e in quella di relazione.

Cosa si deve intendere per «riduzione della autonomia personale in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione con connotati di gravità», giudizio che spesso viene fatto coincidere con la necessità di accompagnamento?

Dal 1992 ad oggi sono state emanate da parte del Ministero alcune circolari applicative ma ben poco è chiarito rispetto alla metodologia di valutazione dell'handicap. Secondo la circolare del Ministero della Sanità del 16.4.94 il giudizio della Commissione «non si esaurisce in un giudizio di natura medico-legale e non consiste solo in un accertamento medico delle condizioni fisiche o psichiche del soggetto» ma deve «accertare nei suoi vari ambiti, l'handicap che la minorazione produce ossia la natura e l'entità dello svantaggio sociale e gli interventi necessari alla sua eliminazione». Ma sembra di capire dalla stessa circolare che la valutazione dello svantaggio sociale vada effettuata solo in via teorica poiché «l'aderenza alla situazione concreta attiene invece al momento della scelta e delle graduazione delle tipologie di intervento, fase successiva e distinta dalla precedente». Ad ogni menomazione andrebbe quindi ipotizzato uno svantaggio «teorico» conseguente?

---

\* Coordinamento medico-legale INCA CGIL Lombardia

Anche secondo la nota del Ministero della Sanità del 5.8.99 la Commissione non deve fare tanto una valutazione medico-legale ma deve raccogliere oltre alla documentazione sanitaria quelle informazioni che permettono di capire le difficoltà soggettive ed oggettive di partecipazione sociale dei soggetti affetti da particolari menomazioni. Ma anche per la stessa composizione quantitativa e qualitativa dei membri componenti le Commissioni risulta privilegiato l'aspetto valutativo medico-legale con riconoscimento dell'handicap grave in rapporto alla gravità del quadro clinico, a scapito dell'aspetto psicosociale che dovrebbe invece evidenziare le «difficoltà soggettive ed oggettive di partecipazione sociale dei soggetti affetti da particolari menomazioni».

Spesso poi l'invalide quando si trova davanti ai componenti della Commissione invalidi dell'ASL vive una situazione di profondo disagio, perché si sente sotto osservazione ma raramente gli è concesso di parlare, di raccontare, anche brevemente, la sua situazione, le difficoltà che incontra ecc... Si sente come un numero, non viene interrogato, limitandosi la Commissione a esaminare frettolosamente la sua cartella clinica ed altri referti. Andrebbe approfondito meglio che cosa l'insorgere di una patologia provoca nel vissuto di una persona, nel cambiamento delle abitudini di vita, le difficoltà per trovare o mantenere un lavoro. Per approfondire questi aspetti sembra necessario rivalutare il ruolo e il parere dell'operatore sociale presente in commissione che spesso oggi si limita solo a firmare il verbale senza avere il tempo e la possibilità di far valere il proprio giudizio.

Inoltre i criteri valutativi e le modalità organizzative e procedurali delle varie Commissioni non sono uniformi e viene avvertita la necessità di momenti di analisi, riflessione, confronto. Per esempio alcune Commissioni valutano sempre come handicap grave la disabilità dei minori, indipendentemente dalla gravità, per le importanti ripercussioni che la disabilità comporta per i genitori; altre considerano sempre grave l'handicap derivante da patologie psichiatriche per i riflessi che queste hanno nel contesto familiare; altre ancora valutano sempre come handicap grave i casi di sordomutismo. Forse per assicurare una uniformità di valutazione delle Commissioni invalidi e facilitare il lavoro delle Commissioni di verifica andrebbe adottata una codifica condivisa delle patologie, delle menomazioni e degli svantaggi sociali conseguenti con periodici momenti di confronto sui criteri di codifica in modo da permettere raffronti a livello territoriale e nel tempo.

Lo scopo della legge 104, piuttosto che l'aiuto economico diretto ai soggetti, era quello di promuovere il superamento degli svantaggi esistenziali dei soggetti con menomazioni per favorirne la mobilità (tramite il superamento delle barriere architettoniche, servizi di trasporto collettivo adattati, servizi di trasporto individuali, facilitazione di parcheggio, sconti fiscali per il trasporto e l'acquisto di ausili tecnici), l'inserimento scolastico, la formazione professionale, l'inserimento e il mantenimento lavorativo

(tramite permessi lavorativi, congedi parentali), l'accesso all'informazione e alla comunicazione, l'aiuto alla non autosufficienza valorizzando le abilità residue del soggetto. Ma la situazione di progressiva riduzione dell'intervento pubblico gratuito per gli insegnanti di sostegno nella scuola, per le terapie riabilitative di cui spesso i portatori di handicap hanno costante bisogno, per le famiglie stanno progressivamente impoverendo la risposta e svuotando di contenuto la legge 104.



## Relazioni



## L'handicap: dati statistici regionali

di **Rosella Petrali\***

*Le tabelle che seguono sono state elaborate prendendo a riferimento i dati rilevati nella regione Lombardia per quanto riguarda le attività accertative e le certificazioni di handicap, la tipologia degli invalidi riconosciuti (dal 34 al 99% e 100%) e le invalidità civili (parziali e totali) riferite agli anni che vanno dal 1997 al 2007.*

### REGIONE LOMBARDIA TABELLA ATTIVITÀ ACCERTATE - ANNO 2007

NUMERO COMMISSIONI	N° SEDUTE EFFETTUATE	CONVOCATI E RATIFICATI	INVALIDITA' CIVILI RICONOSCIUTE	ALTRI ESITI ACCERTATI	LEGGE 104/92			TEMPI DI ATTESA (GG)				
					NON HANDICAP	HANDICAP	HANDICAP GRAVE	DA DOMANDA A VISITA (a)	VERBALE ALLA CMS VERIFICA (b)	RITORNO VERBALE DA CMS (c)	SPEDIZIONE VERBALE UTENTE (d)	TEMPO MEDIO DI ATTESA (a+b+c+d)
94	11.880	262.974	161.344	4.336	2.665	22.563	53.016	52	5	58	6	121

\* Dirigente U.O. Sistema Sociale Direzione Famiglia Regione Lombardia

# Handicap

12

GRAFICO 1 - CERTIFICAZIONI DI HANDICAP L. 104/92 - SERIE STORICA 1997 - 2007

ANNI	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
HANDICAP	N.R.	N.R.	2.196	2.913	3.473	5.648	7.950	11.361	14.214	17.986	22.924
HANDICAP GRAVE	N.R.	11.089	3.705	5.841	9.309	12.964	19.217	27.103	33.090	43.891	53.446
<b>TOTALE LOMBARDIA</b>	<b>N.R.</b>	<b>11.089</b>	<b>5.901</b>	<b>8.754</b>	<b>12.782</b>	<b>18.612</b>	<b>27.167</b>	<b>38.464</b>	<b>47.304</b>	<b>61.877</b>	<b>76.370</b>
% HANDICAP (SU TOTALE HANDICAP L.104/92)	0%	0%	37%	33%	27%	30%	29%	30%	30%	29%	30%
% HANDICAP GRAVE (SU TOTALE HANDICAP L.104/92)	0%	100%	63%	67%	73%	70%	71%	70%	70%	71%	70%

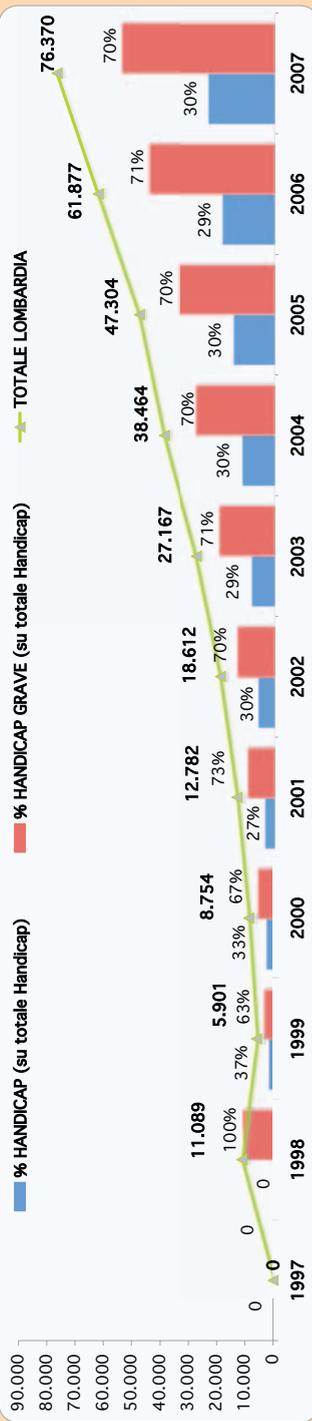
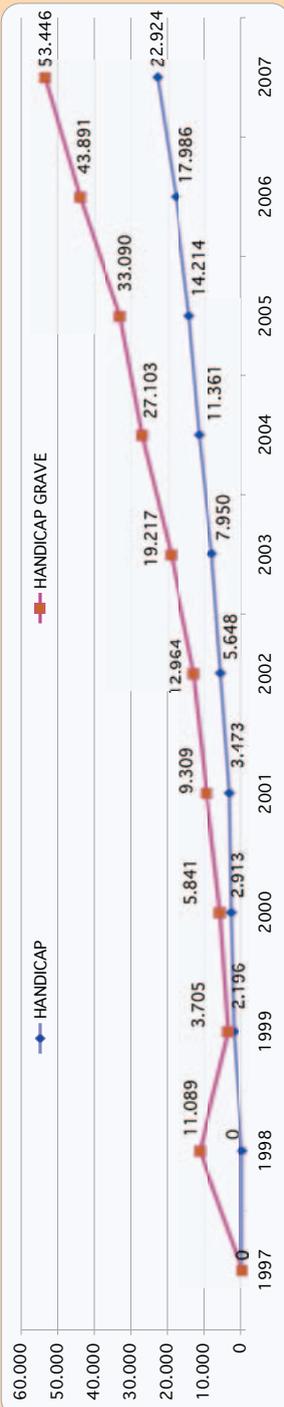


GRAFICO 2 - INVALIDI CIVILI - SERIE STORICA 1997 - 2007

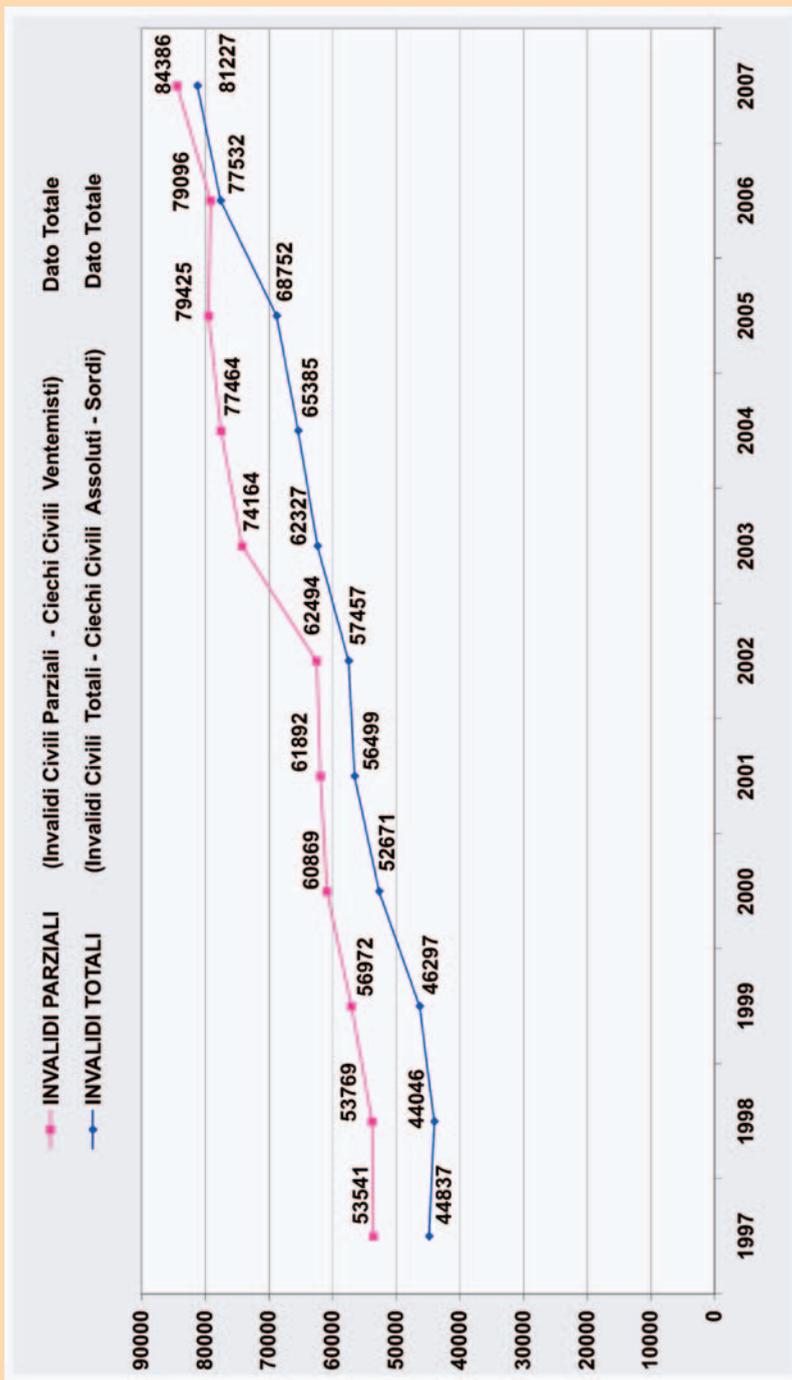
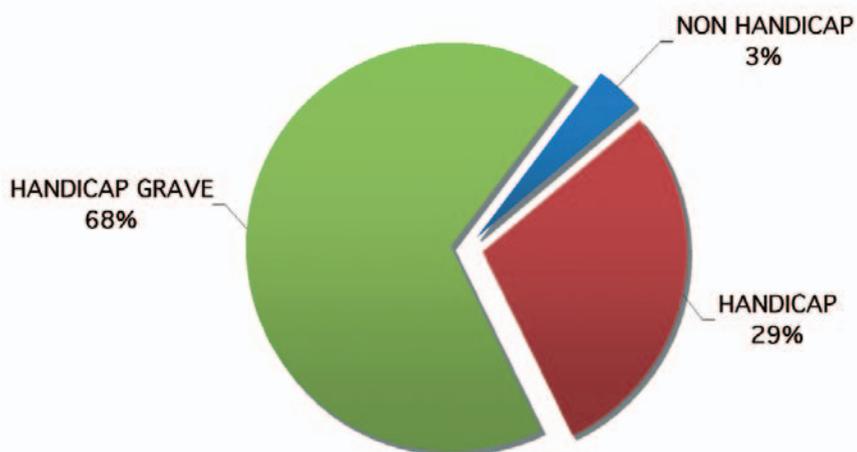


GRAFICO 3 - CERTIFICAZIONI DI HANDICAP L. 104.92 - ANNO 2007 - (SEGUE)

ASL	NON HANDICAP	HANDICAP	HANDICAP GRAVE
BERGAMO	216	2.372	5.693
BRESCIA	353	2.986	5.526
COMO	46	868	3.069
CREMONA	138	820	2.082
LECCO	112	1.696	3.611
LODI	135	652	1.592
MANTOVA	99	924	2.594
MILANO CITTA'	223	2.404	5.675
MILANO 1	136	2.004	4.861
MILANO 2	126	949	2.487
MILANO 3	309	2.754	5.646
PAVIA	92	1.910	4.687
SONDRIO	54	795	1.523
VARESE	626	1.561	3.907
VALLE CAMONICA	93	229	493
<b>TOTALE</b> <b>LOMBARDIA</b>	<b>2.758</b>	<b>22.924</b>	<b>53.446</b>



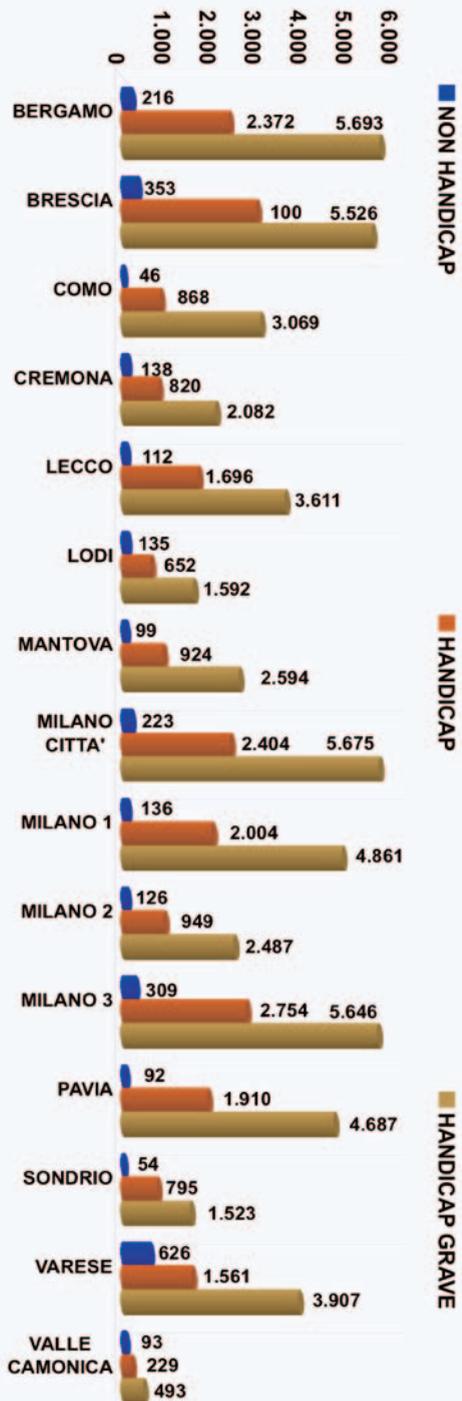
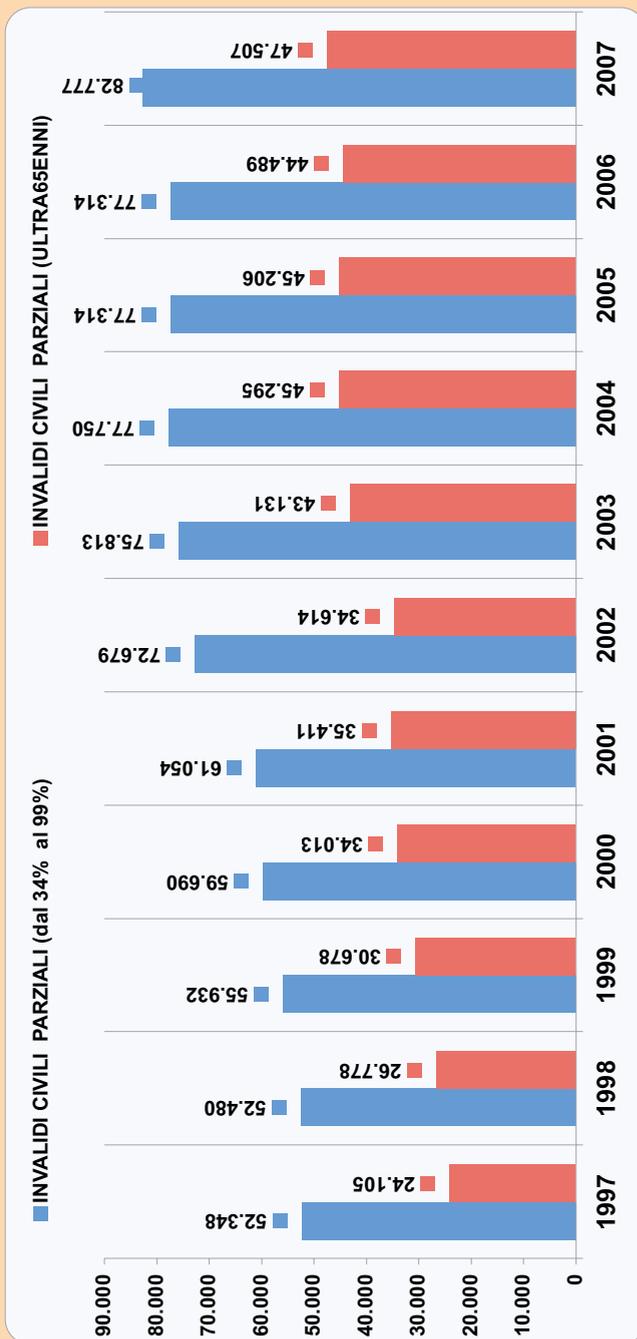


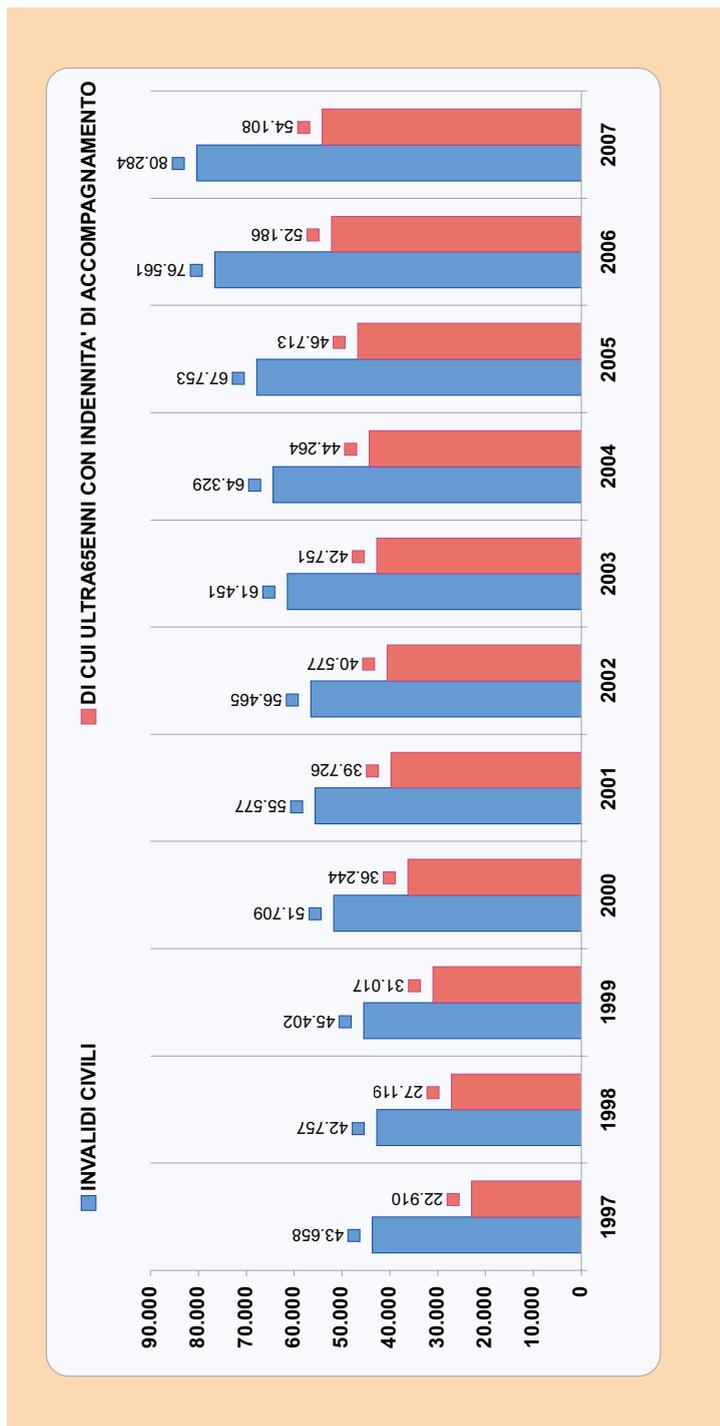
GRAFICO 4 - TIPOLOGIA INVALIDI RICONOSCIUTI - SERIE STORICA 1997 - 2007

SERIE STORICA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
INVALIDI CIVILI PARZIALI dal 34% al 99% (di cui ultra65enni)	52.348 24.105	52.480 26.778	55.932 30.678	59.690 34.013	61.054 35.411	72.679 34.614	75.813 43.131	77.750 45.295	77.314 45.206	77.314 44.489	82.777 47.507



**GRAFICO 5 - TIPOLOGIA INVALIDI RICONOSCIUTI - SERIE STORICA 1997 - 2007**

SERIE STORICA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>INVALIDI CIVILI TOTALI</b>											
100% con/ senza Indennità Acco.to	43.658	42.757	45.402	51.709	55.577	56.465	61.451	64.329	67.753	76.561	80.284
(di cui ultra65enni con indennità Acco.to)	22.910	27.119	31.017	36.244	39.726	40.577	42.751	44.264	46.713	52.186	54.108





## La difficile valutazione dell'handicap

di **Cristiana Brambilla\***

### ▼ **Caso 1**

Il primo caso riguarda una donna di 40 anni, diplomata in ragioneria, impiegata dall'età di 23 anni, da alcuni anni con mansioni di tipo direttivo.

Riconosciuta invalida civile al 35% nel 1997 (34 anni) per «ipovisus» con aggravamento al 50% nel 2002 (39 anni) per «deficit visivo bilaterale con OO < 1/10 c.c.» con handicap ai sensi della legge 104/92 ma non grave handicap.

Si è intrapresa la via giudiziaria per il riconoscimento del grave handicap.

### ■ **Storia clinica**

Paziente miope fin dall'età infantile.

Da parecchi anni seguita presso un ambulatorio specialistico di Angiografia retinica e Laserterapia per ripetuti distacchi di retina, trattati con laserterapia.

Dalla documentazione clinica risulta:

1. 13/3/1996 (33 anni) visita oculistica: «fundus OO = grave retinopatia miopica; OD rottura della lamina di Bruch al polo posteriore; OS due rotture di retina piane ben sbarrate da trattamento fotocoagulativo»;
2. 13/7/2000 (37 anni): «fundus OO: ipotrofia retinica diffusa, esiti di emorragia centrale, rottura di membrana di Bruch, distrofia vitreale. Visus per lontano: OD 1/20 con lente a contatto OS 1-2/10 con lente a contatto; motilità oculare incongrua; convergenza discreta; stereopsi ridotta; Cover test esoforia...». Diagnosi: «miopia elevata con maculopatia. Visus molto ridotto. Non idonea all'uso di videoterminale»;
3. 9/10/2000 visita dal medico competente dell'azienda: «idonea con limitazione alla mansione specifica di addetta all'uso di attrezzatura munita di videotermini-

\* Consulente medico-legale INCA CGIL Monza, presidente Commissione invalidità civile ASL Provincia MI2

nale. Non superare un'ora al giorno di utilizzo del videoterminale anche se non continuativa»;

4. 13/7/2001 visita oculistica: «...presenta pleomorfismo e polimegatismo dell'endotelio corneale con aree estese di perdita cellulare per cui si sconsiglia l'uso prolungato delle lenti a contatto. Il tempo consigliato di utilizzo dovrebbe essere inferiore alle 6 ore al giorno. Capacità visiva senza lenti a contatto inferiore a 1/20 in OO con occhiali»;
5. 18/6/2003: «affetta da miopia degenerativa con maculopatia e visus molto ridotto in entrambi gli occhi. OD: 1/20 con lente a contatto; OS: 1/10 con lente a contatto. Fundus: grave retinopatia miopica con rottura lamina di Bruch centrale in OO, due rotture retiniche in OS trattate con laser. Segmento anteriore: endotelio corneale con rarefazione cellulare, tale da sconsigliare l'uso di lenti a contatto oltre 6 ore al giorno»;
6. 5/3/2004: «OO = motu manu con occhiali... fundus OO = papilla con normale escavazione, corioretinosi miopica con stafiloma miopico e atrofia peripapillare, atrofia corio retinica diffusa; in OD aree di degenerazione pavimentosa in periferia, in OS ad ore VI presenza di esiti di barrage laser per rotture retiniche; retina periferica in piano; dato il basso residuo visivo non è possibile eseguire un campo visivo computerizzato...».

### ■ Quadro sociale

Sposata, abita col marito al quarto piano di un condominio dotato di ascensore e privo di barriere architettoniche. Lavora a tempo pieno, 8 ore al giorno. Nelle ore che trascorre in ambiente domestico ricorre abitualmente all'uso di occhiali e riserva l'uso delle lenti a contatto al luogo di lavoro. È in grado di provvedere autonomamente alla cura della propria persona e dichiara di necessitare dell'aiuto del marito per lo svolgimento di attività «pesanti» o correlate a fattori di rischio ambientale, quali cucinare e stirare. Riferisce una normale vita di relazione.

Si reca quotidianamente sul posto di lavoro a piedi, in circa quindici minuti, con un percorso svolto autonomamente quando indossa la correzione con lenti a contatto, accompagnata da terzi quando utilizza gli occhiali da vista.

L'orario di lavoro è dalle 8 alle 16, con pausa pranzo di circa trenta minuti, usualmente trascorsa sul posto di lavoro. È adibita ad attività di tipo impiegatizio che svolge, per circa un'ora al giorno, con l'uso di un personal computer dotato di video a cristalli liquidi. È costretta ad utilizzare le lenti a contatto per l'intera giornata lavorativa (otto ore), non riuscendo a svolgere le proprie mansioni con gli occhiali correttivi; ciò comporta l'uso continuo di lacrime artificiali.

### ■ Esito della CTU

«...dovendosi procedere, nello spirito della norma, ad una valutazione globale della persona, in sede di accertamento medico legale si sono acquisite informazioni in merito alle atti-

vità quotidianamente svolte dalla signora C. con riferimento sia alle residue capacità positive sia alla riduzione dell'autonomia, causalmente riconducibile alle predette menomazioni. «Secondo quanto affermato dalla ricorrente, la necessità di assistenza da parte di terzi emerge in relazione alla necessità di impiego degli occhiali quale correzione del deficit visivo, impiego reso obbligatorio dalla ormai limitata tolleranza alle lenti a contatto. Risulta, infatti, dalla più sopra richiamata certificazione medica, l'indicazione... ad un impiego di tale presidio per un tempo non superiore alle 6 ore quotidiane. Ricorrendo all'uso delle lenti a contatto la signora C. riferisce, infatti, una pressoché totale autonomia, non necessitando di alcun ausilio da parte di terzi per il soddisfacimento dei bisogni primari e per la cura della propria persona, così come per la deambulazione anche in ambiente esterno (afferma infatti di essere in grado di giungere a piedi sul posto di lavoro percorrendo da sola quindici minuti di strada) e per lo svolgimento delle proprie mansioni lavorative. Avvalendosi della correzione con occhiali da vista, riferisce l'impossibilità di giungere autonomamente sul posto di lavoro e di svolgere i propri compiti nonché, in ambito domestico, di svolgere attività correlate a fattori di rischio ambientale, quali cucinare e stirare, pur rimanendo sempre autonoma nella cura della propria persona.

«In definitiva, secondo quanto affermato dalla ricorrente, la necessità di assistenza da parte di terzi è limitata di fatto ad una quota della giornata ed esclusivamente ad una parte delle attività svolte nel quotidiano.

«Concludendo, è da ritenersi che, nel caso di specie, l'assistenza personale che la signora C. necessita, del tutto concordemente con l'entità del deficit visivo accertato, non presenti allo stato attuale né i caratteri di continuità e di permanenza né quelli di globalità espressamente richiesti dalla legge 104/92 ai fini del riconoscimento della condizione di handicap in stato di gravità».

### ■ Note critiche alla CTU

«... come da prescrizione clinica, per non peggiorare il suo quadro visivo già compromesso, la signora C., che presenta una rarefazione cellulare corneale, non può usare le lenti a contatto per più di 6 ore al giorno... È stato accertato che ella vede 1/10 in OS e 1/20 in OD con lente a contatto; meno di 1/20 – motu manu in OO con gli occhiali... Il motu manu è, per legge, assimilato alla cecità assoluta. Secondo la circolare n. 14 del Ministero del Tesoro in data 28/2/1992 «cieco assoluto» è sia colui che presenta un visus pari ad ombra-luce sia colui che ha un visus residuo pari alla percezione dell'ombra e della luce e conseguentemente presenta la totale perdita dell'identificazione della forma; un visu motu manu è assimilabile alla cecità totale... La signora C., quando non può usare le lenti a contatto, cioè per oltre la metà delle sue attività di vita quotidiane (su 24 ore della giornata, sottraendo circa 8-9 ore di sonno, 6 ore sono di utilizzo di lenti e circa 8-9 ore di occhiali) si trova in condizioni assimilabili alla cecità assoluta. E quand'anche utilizza le lenti a contatto le condizioni visive non

sono senz'altro ottimali: il residuo visivo di 1/10 da un occhio le consente un regolare (ma non certo privo di difficoltà) svolgimento del suo lavoro, ma costituisce senz'altro un impedimento anche solo per gli spostamenti nell'ambiente esterno, che devono essere attenti, cautelati e particolarmente prudenti... e le ripercussioni negative di tale stato di invalidità visiva si rilevano non solo sul lavoro ma su tutta la vita sociale della persona... Circa il requisito della permanenza... per permanenza non deve certo intendersi il sussistere in atto della gravità dell'handicap 24 ore su 24 tutti i giorni senza eccezioni... il requisito richiesto non è la permanenza assoluta, ma la continuità della condizione di grave svantaggio sociale... La legge 104/92 è volta a promuovere la piena integrazione sociale della persona anche nel lavoro. Il riconoscimento del grave handicap consentirebbe alla signora C. di usufruire di permessi lavorativi e quindi di migliorare la sua integrazione sociale e lavorativa...».

### ■ Sentenza

«...la ricorrente è persona affetta da miopia degenerativa bilaterale di grado elevato con visus pari, se misurato con lenti a contatto, a 1/20 nell'occhio destro ed a 1/10 nell'occhio sinistro e, se valutato con occhiali da vista, alla percezione esclusiva del moto della mano in entrambi gli occhi».

Questo comporta che la signora C., la quale può usare le lenti a contatto per non più di sei ore al giorno (come da prescrizione medica), per oltre la metà delle sue attività di vita quotidiana si trova in condizioni assimilabili alla cecità assoluta essendo a questa di fatto parificato il «visus motu manu». Come invero osservato dal Ct di parte la circolare n. 14 del Ministero del Tesoro del 28.12.1992 ha affermato che cieco assoluto è sia colui che, oltre a totale perdita della vista, presenta un visus pari alla percezione dell'ombra e della luce con conseguente totale perdita dell'identificazione delle forme sia colui che percepisce soltanto il passaggio di oggetti davanti ad una sorgente luminosa con identificazione di tale passaggio solo in quanto ciò comporta una privazione della luce. Questa situazione determina nella ricorrente, nelle ore della giornata in cui non indossa le lenti a contatto (e ciò interessa anche una parte del suo orario lavorativo) un importante impedimento non solo nello svolgimento delle sue prestazioni lavorative ma anche nelle ordinarie attività quotidiane, compresi gli spostamenti nell'ambiente esterno che devono essere particolarmente attenti, cautelati e prudenti. Sul punto lo stesso CTU ha riferito che la ricorrente, pur avvalendosi della correzione con occhiali da vista, è impossibilitata a raggiungere autonomamente il suo posto di lavoro ed a svolgere i suoi compiti e che in ambito domestico non è in grado di svolgere le attività correlate a fattore di rischio ambientale quali cucinare e stirare con la conseguente necessità di un'assistenza costante. Sulla base di questi elementi di fatto non si possono condividere le conclusioni del CTU ravvisandosi, al contrario, nel caso in esame quei caratteri di permanenza, continuità e globalità richiesti dalla normativa per gli interventi assistenziali. Invero il tipo di handicap di cui soffre la ricorrente è certamente tale da incidere con le caratteristiche

sopra indicate sulla sua autonomia arrecandole grave svantaggio sia nello svolgimento di attività extralavorative sia nello svolgimento di attività lavorative posto che l'assistenza di terzi è assolutamente indispensabile quotidianamente per almeno i due terzi della giornata. Ciò posto pertanto il ricorso va accolto con conseguente dichiarazione che la ricorrente è persona affetta da handicap idoneo a ridurre l'autonomia personale in maniera tale da richiedere interventi assistenziali permanenti, continuativi e globali».

## ▼ **Caso 2**

Il secondo caso è relativo ad un ragazzo di 18 anni, studente liceale, affetto da osteogenesi imperfecta tipo I A.

Riconosciuto invalido civile per la prima volta all'età di 3 anni con indennità di frequenza e grave handicap. Al compimento della maggiore età: invalido in misura pari al 67%, con handicap sì, grave handicap no.

È appena iniziata la causa giudiziaria ai fini del riconoscimento del 75% di invalidità civile e del grave handicap.

## ■ **Storia clinica**

Diagnosi di osteogenesi imperfecta all'età di un anno e mezzo, tipo I A, conseguente a mutazione genetica in eterozigosi del gene COL1A1, determinante un deficit quantitativo del collagene I.

Sviluppo ed accrescimento normale fino all'età di 13 mesi, quando, con l'inizio delle deambulazione, nell'arco di 10 mesi, ha riportato tre diverse fratture: al polso destro (frattura a legno verde metafisaria distale del radio), al femore sinistro (frattura sovra condiloidea femorale) e alla gamba sinistra (frattura a rima obliqua del terzo distale della tibia sinistra, composta).

Nonostante la stretta sorveglianza sanitaria e l'attenta cura dai genitori, negli anni successivi ha avuto altri 10 eventi fratturativi, di cui, quello maggiormente rilevante, all'età di 14 anni: frattura scomposta prossimale del femore sinistro, trattata con osteosintesi (placca AMBI e cerchiaggi).

All'inizio del 2006 compare clinicamente un dolore lombo-sacrale persistente e all'esame radiografico lombo-sacrale viene riscontrata una anterolistesi di L5 da lisi istmica. Ricoverato nell'aprile 2006, viene trattato con busto gessato per 45 giorni. Al controllo radiografico dopo la rimozione del gesso nel maggio 2006 viene rilevata una stabilità della listesi e, collateralmente, un «affondamento della limitante somatica superiore di L3». La sintomatologia dolorosa lombare è solo lievemente migliorata. Nel luglio 2006 viene prescritta FKT di tonificazione muscolare e nuoto.

Nel gennaio 2008 compare dolore alla spalla sinistra, sine trauma: all'esame radiografico risulta evidente una dislocazione cranio-caudale dell'estremo caudale della clavicola. Clinicamente viene fatta diagnosi di «spalla dolorosa instabile in quadro di iperlassità, presente anche a gomito e radiocarpica di sinistra». Alla RMN cuffia integra. Viene prescritta FKT di rinforzo muscolare.

Nel dicembre 2008, a seguito di caduta accidentale, riporta un trauma distorsivo del ginocchio sinistro con rottura a tutto spessore del LCA e distrazione del LCL. Attualmente è in attesa di intervento di ricostruzione del LCA con tendine rotuleo.

Nel 2005 è stato consigliato dai clinici curanti un sostegno psicologico, non accettato dal ragazzo che ha frequentato solo i primi tre colloqui, abbandonando il supporto perché ritenuto «inutile».

### ■ Quadro sociale

Figlio unico, vive in famiglia. A causa della malattia ha perso due anni di scuola superiore per numerose assenze. Frequenta il IV anno del liceo scientifico. Ha la patente.

Così egli descrive la sua condizione di vita: «...all'età di un anno e mezzo mi è stata diagnosticata l'osteogenesi imperfetta, una malattia piuttosto rara che porta a una certa fragilità ossea, ma non solo. Dato che la malattia provoca un deficit di collagene, sostanza presente non solo nelle ossa, ho problemi anche con i legamenti, i tendini, la pelle, i capelli e le unghie. Questa malattia ha cambiato sicuramente il corso della mia giovane vita e la cambierò per sempre in quanto a causa sua ho dovuto, fin da piccolo, fare delle rinunce.

«Ho dovuto rinunciare a giocare a calcio, o comunque a tutti quei giochi d'infanzia che comportavano un impatto fisico. Quando ero piccolo i miei genitori mi hanno sempre protetto per evitare che mi facessi male. Non potevo correre perché potevo cadere, non potevo andare sullo scivolo, non potevo andare in bicicletta... Quasi tutte le volte che sono caduto, anche banalmente, mi sono rotto una o più ossa e ciò voleva dire stare fermo per mesi tra gesso e fisioterapia.

«Nonostante fossi "protetto" dalla mia famiglia e nonostante, da quello che so attraverso i miei genitori, fossi un bambino tranquillo, all'età di due anni avevo già avuto tre fratture di cui due non a seguito di un trauma. E sono andato avanti così fino ad oggi, tra un gesso, un intervento chirurgico, un ciclo di fisioterapia e mesi di immobilizzazione forzata.

«Il primo giorno di scuola delle superiori sono entrato in classe con la carrozzina e così per diverso tempo. Ho fatto tantissime assenze e questo mi ha fatto perdere due anni di scuola.

«Le sensazioni che si provano ad entrare in classe su di una carrozzina, ad andare in giro per la strada e vedere lo sguardo delle persone colmo di pietà e compassione, non si possono descrivere. Ho avuto davvero un'infanzia difficile, i miei amici il pomeriggio s'incontravano per andare all'oratorio o al parco a giocare a calcetto oppure per andare a fa-

re un bel giro in bicicletta. Io però non ci andavo, non ci potevo andare, ed inventavo scuse per non uscire e non mettermi a rischio.

«Ma a casa soffrivo, mi logoravo perché pensavo ai miei amici che si stavano divertendo.

«Quando sono diventato un po' più grande, ho preso coscienza della mia malattia, ho capito quali fossero i miei limiti ed ho imparato a gestirli, ma ancora oggi non ho imparato a convivere. Purtroppo la fragilità si è manifestata in modo particolare alle gambe, soprattutto la sinistra, che ormai si è rotta in tutti i punti possibili (proprio ultimamente ho rotto i legamenti del ginocchio sinistro). Ho già subito due interventi chirurgici al femore ed ho portato il gesso almeno 6 o 7 volte. Ho avuto fratture anche alle braccia, ad una vertebra, ed un paio alla gamba destra. Ogni volta che ho rotto una gamba mi chiedevo perché non il braccio, così almeno avrei potuto camminare ed uscire.

«Ho sempre sofferto il non poter muovermi liberamente. Il non poter essere autonomo, il dover sempre dipendere dagli altri, è una sensazione bruttissima, che ti fa dare i numeri. Quando ho fatto l'intervento al femore sono rimasto cinque settimane immobile nel letto, perché anche ogni più piccolo movimento poteva essere compromettente ai fini della guarigione. È stato come vivere un incubo e ciò mi ha fatto molto riflettere, tanto da aver cambiato il mio carattere. Ho provato vergogna, rabbia, delusione, angoscia, depressione...

«Avevo 14 anni, avrei dovuto essere felice e sereno, invece sentivo solo parlare di medici, fisioterapia, rischi di aver compromesso la funzionalità dell'arto e molte altre cose. L'ultimo episodio, accaduto poco prima di Natale, mi ha fatto rinunciare ad uscire con i miei amici, a guidare (ho preso la patente da pochissimo), ad andare a festeggiare il capodanno in montagna con i miei amici, a perdermi quei giorni di vacanza per Natale, per il carnevale...

«Ho anche qualche problema con i capelli, che sono molto fini e un po' radi. Proprio io che adoro la testa piena e i capelli lunghi.... Per cercare di migliorare il problema dovrei fare una cura a base di ormoni, ma considerata la mia età il medico me l'ha assolutamente sconsigliata.

«Ora sono in attesa dell'intervento al ginocchio che comprenderà il trapianto del legamento.

«Poi penso a quanti mesi di riabilitazione dovrò fare, alle settimane a casa e ad i continui controlli in ospedale, mi sento male.

«Ho tempo che avrei potuto dedicare al lato migliore della vita, non alla mia guarigione; insomma questa malattia fa parte di me, ma non potrò mai convivere bene con essa perché a causa sua mi sono perso, mi sto perdendo e mi perderò le cose belle della vita».



## L'esperienza sindacale

---

di **Francesco Vazzana\***

### ▼ **Premessa**

L'attività sindacale ed il mondo dell'handicap: si tratta di un binomio attivo da anni e sempre più attuale in considerazione del costante aumento di infortuni invalidanti che si verificano quotidianamente.

Le organizzazioni sindacali confederali, e segnatamente la CGIL, hanno svolto e svolgono un ruolo centrale nella contrattazione con gli interlocutori politici, oltre che all'interno delle aziende, affinché si riduca il più possibile la distanza tra la legislazione e le esigenze quotidiane delle persone colpite da patologie invalidanti, a dimostrazione di quanto affermato il contributo riconosciutoci nella stesura di leggi fondamentali quali la legge 68/99.

Correttamente, può essere interessante ricordare che la CGIL Lombardia ha operato in tutti i suoi territori una scelta diversa rispetto a quella operata a livello nazionale; infatti da noi l'handicap è inserito nei Dipartimenti Politiche sociali, mentre a livello nazionale afferisce ai Dipartimenti Mercato del lavoro con uffici autonomi. La scelta lombarda è vincente per diversi ordini di motivi:

- a) in prima istanza, poiché è corretto trattare l'inserimento e la stabilizzazione nel tessuto produttivo della persona con un handicap nel novero del disagio in generale; semplificando, il lavoratore o la lavoratrice che accedono ad una occupazione, se vivono un disagio, si trovano a dover gestire parallelamente i problemi ritenuti genericamente sindacali: contratto, retribuzione ed altro, acuiti dalle problematiche personali siano esse riconducibili ad handicap, dipendenze o altro. Questo impone al sindacato una medesima attenzione per impedire il nascere di differenze e disparità anche tra i più deboli;
- b) in secondo luogo, e sempre dal punto di vista sindacale, l'affrontare l'handicap come problema a sé stante rischia di comportare una ghetizzazione dei lavoratori che vivono questo tipo di problemi;

---

\* Responsabile Dipartimento Politiche sociali CGIL Como-Varese

c) infine, non va dimenticato il crescente fenomeno delle doppie diagnosi, ovvero la coesistenza di problematiche invalidanti prevalentemente di carattere psichiatrico parallele a situazioni quali le dipendenze.

Non sorprenda l'utilizzo della parola handicap, basti pensare, senza sovrastrutture mentali, che in inglese significa svantaggio. Progettare l'integrazione si tratterebbe semplicemente di riconoscere le difficoltà delle persone provvedendo a strutturare interventi tesi a colmare lo svantaggio e consentire una vita normale e qualitativamente paragonabile a quella di qualunque altro cittadino attraverso strumenti che, anche se nati per esigenze specifiche, possono diventare di uso comune.

Al contrario vengono usati termini quali disabile, diversamente abile, ma gli atteggiamenti più diffusi, condizionati da standard di normalità codificata, mantengono inalterate le difficoltà nella gestione quotidiana della vita e le discriminazioni. Infine, è giusto rivendicare il diritto all'handicap ossia a una società strutturata per garantire pari diritti ed opportunità, nella quale tutti siano messi in condizione di sfruttare pienamente le proprie risorse.

Oggi sono ancora troppi i sensi di colpa, e nel contempo è viva la convinzione che sia vincente il modello edonistico della pubblicità; di conseguenza il tentativo di soluzione del problema passa purtroppo prevalentemente attraverso il ricorso a termini che non urtino la suscettibilità di nessuno, totalmente inefficaci dal punto di vista pratico.

### ▼ Il ruolo del sindacato

Esaurita questa breve ma necessaria premessa, è utile soffermarsi sul ruolo sindacale; questo è riconducibile a diversi ordini di attività e competenze che per brevità limiteremo a quelle che forse sono le maggiormente significative:

- ▶ la rappresentanza;
- ▶ la contrattazione<sup>1</sup>;
- ▶ il ruolo istituzionale.

La rappresentanza è esercitata su delega di lavoratrici e lavoratori nei confronti delle controparti; questo avviene anche in materia di handicap ed invalidità; infatti è diritto del lavoratore avvalersi della tutela sindacale delegando funzionari o rappresentanti aziendali quando vi sia la possibilità che la situazione personale ingeneri disparità di trattamento o discriminazioni.

---

<sup>1</sup> Crediamo sia importante accennare alle potenzialità della contrattazione, anche in tema di invalidità ed handicap nei luoghi di lavoro perché si tratta di un'operazione spesso necessaria ove le leggi vengono disattese totalmente o parzialmente. Riserveremo un capitolo a sé stante alla negoziazione territoriale che prevede ulteriori diritti e particolari regole riferite all'assistenza sociale e socio-sanitaria.

In considerazione di quanto affermato possiamo dire che ascoltato il lavoratore e decodificato il bisogno è compito del sindacalista prendere in carico il lavoratore, informarlo ed indirizzarlo adeguatamente.

La peculiarità del mandato sindacale è tanto precisa da non lasciare adito a dubbi, la presa in carico avviene al cospetto di un'inadempienza contrattuale, materia ove è possibile e legittimo l'intervento diretto; al contrario se il bisogno è riconducibile a tematiche attinenti a problemi sociali o diritti di cittadinanza che pregiudichino l'attività lavorativa, si procede attraverso l'informazione e l'indirizzamento per attivare istituzioni anche esterne alla realtà lavorativa, non essendo il sindacalista un operatore sociale nella accezione classica.

In merito alla contrattazione, è chiaro a tutti si tratti dell'attività sindacale per eccellenza; nel caso di specie, si tratta di garantire l'applicazione normativa e introdurre ove possibile buone prassi e miglioramenti nell'organizzazione del lavoro e nei contratti.

Ci tengo a sgombrare il campo da un'interpretazione sbagliata ma diffusa.

Si crede che l'attività sulle politiche sociali non sia direttamente riconducibile al mandato sindacale poiché interviene su istanze individuali.

Questa interpretazione è sbagliata o quantomeno limitativa; infatti può essere vero che in prima istanza l'intervento riguarda il singolo, ma se si risolve il problema specifico attraverso un accordo il risultato avrà il valore di un precedente che negli anni a seguire sarà a disposizione dell'insieme dei lavoratori garantendo così la natura collettiva dell'azione svolta, quindi in pieno spirito sindacale.

Quando parliamo del ruolo istituzionale ci riferiamo a quanto previsto dalla normativa prevalentemente in materia di mercato del lavoro.

Le politiche attive del lavoro ed il collocamento mirato sono regolati da commissioni regionali e provinciali.

Le organizzazioni confederali sono presenti con un importante ruolo contrattuale e di garanzia; annualmente, attraverso specifici piani di intervento, le politiche attive del lavoro vengono finanziate e pertanto le azioni da attuare sul territorio sono concertate tra amministrazioni provinciali, organizzazioni di rappresentanza dei datori di lavoro e dei lavoratori.

### ■ La legislazione ed i diritti ad essa correlati

L'esperienza insegna che il disagio crescente e la necessità di cura focalizzano le maggiori richieste rivolte ai nostri uffici sulla legge 104/92 e sui permessi ad essa correlati; tuttavia nello spirito del sindacalista preferisco destinare le mie prime considerazioni al diritto forse maggiormente importante: il lavoro, parlando di conseguenza della legge 68/99.

Si tratta di una norma ormai consolidata che ha visto l'inizio della propria applicazione nel 2000 dopo una lunghissima vigenza della legge 482/68.

Alla legge 482/68 va attribuito il merito assoluto, quello di aver assegnato al tema dell'inserimento degli invalidi nel tessuto produttivo una valenza politica.

Pur riconoscendone i meriti, alle soglie del nuovo millennio era ormai obsoleta e parzialmente inadeguata.

La legge attualmente in vigore nasce dopo un dibattito di anni che ha visto impegnati sul versante dell'integrazione soggetti diversi tra i quali le organizzazioni sindacali e la CGIL su tutte.

La novità più significativa sta nella definizione «Collocamento mirato», che sottintende un'adeguata collocazione del lavoratore.

La legge 68 prevede infatti gli avviamenti nominativi ed in convenzione riservando a quelli numerici un ruolo residuale e destinato, nella maggior parte dei casi, alla copertura di situazioni di inadempienza. Concretamente significa verificare competenze ed attitudini in relazione alle esigenze aziendali al momento dell'inserimento.

Ulteriore elemento di novità e miglioramento è l'attenzione alle patologie psichiche e psichiatriche; questa esigenza è nata dalla consapevolezza che le persone affette da patologie di questo tipo difficilmente trovavano una collocazione. Oggi certamente il problema non è completamente risolto; tuttavia la legge definisce procedure e sinergie tra soggetti diversi che facilitano l'integrazione lavorativa.

Proseguendo nell'analisi della legge 68 in relazione alla norma precedente, si amplia il target di aziende soggette all'obbligo secondo il seguente schema:

da	15 a 35 addetti	un lavoratore invalido;
da	35 a 50 addetti	due lavoratori invalidi;
oltre	i 50 addetti	il 7%.

Va sottolineata inoltre rispetto agli inserimenti lavorativi l'introduzione di agevolazioni per le aziende, originariamente in relazione a forme di parziale decontribuzione, ed oggi in virtù di alcune modifiche legislative intercorse, sotto forma di compartecipazione al reddito dei lavoratori da parte delle Regioni.

I meccanismi citati che agevolano economicamente le aziende vengono riconosciuti in misura direttamente proporzionale alla gravità del lavoratore a partire da una percentuale di invalidità del 69% a salire e contemplando la totale platea dei malati psichici.

Esiste uno strumento ulteriore, in realtà utilizzato molto poco, che prevede l'opzione di ampliare il contratto di apprendistato oltre i limiti di età sanciti per gli altri lavoratori.

Gli ultimi provvedimenti elencati vanno nella direzione di un risparmio sul costo del lavoro e quindi a tutto vantaggio dei datori di lavoro. A bilanciare questo elemento è stato inasprito notevolmente il regime sanzionatorio al fine di ridurre al minimo la tentazione di inottemperanza.

L'accesso alle liste è stato mantenuto con il riconoscimento di un'invalidità pari o superiore al 46%; nel caso in cui lo stato invalidante sopraggiunga ad un lavoratore collocato

per le vie ordinarie, il requisito per la conversione è che l'invalidità minima sia del 60%. Il titolo del corso «Handicap, l'altra faccia dell'invalidità» penso sia particolarmente appropriato, lo si capisce soffermandosi sul sistema legislativo che regola questo tema in Italia. Scusandomi preventivamente dell'approccio spiccatamente didascalico, giova ricordare che in Italia la persona affetta da una o più patologie fisiche, intellettive o psichiche può essere riconosciuta invalida ai sensi della legge 118/71; handicappata ai sensi della legge 104/92 ed avviata al lavoro come detto, in virtù della propria invalidità, secondo i dettami della legge 68/99.

Anche questa, al pari della 104 e della 118, non solo entra nel merito dell'inserimento lavorativo e della gestione del posto di lavoro, ma prevede la possibilità di avviamento in commissione medica, ulteriore problema per l'invalido da risolvere sul versante legislativo, almeno in due occasioni:

- ▶ la relazione finale;
- ▶ la verifica di idoneità al lavoro attraverso il ricorso al Comitato tecnico.

Nel primo caso si tratta di una verifica delle capacità residue della persona, alla quale sia stata già riconosciuta un'invalidità civile, da allegare agli atti per l'iscrizione al collocamento mirato disabili: è evidente che se questo avvenisse in sede di accertamento iniziale si eviterebbe al cittadino un onere supplementare.

In ogni caso questo ulteriore accertamento permette, negli obiettivi del legislatore di garantire l'avviamento al lavoro maggiormente confacente in relazione ad attitudini e capacità residue.

Nel secondo caso, in considerazione del fatto che per il lavoratore collocato ai sensi della legge 68/99 il parere del medico competente è limitato agli adempimenti previsti in materia di sicurezza sul lavoro e prevalentemente consultivo, al verificarsi di un aggravamento o di un mutamento delle condizioni patologiche l'azienda od anche il lavoratore possono ricorrere al Comitato tecnico che attiverà una Commissione provinciale alla quale sarà assegnato il compito di verificare l'idoneità al lavoro<sup>2</sup>.

È del tutto evidente che una tale varietà di verifiche ed accertamenti sanitari contribuisce a rendere poco chiara la situazione dei diritti rivendicabili.

Ulteriore riflessione rispetto agli accertamenti riguarda le leggi: 118/71 e 104/92, in questo caso; se la richiesta non è contestuale la persona viene visitata da diverse commissioni e non di rado si verificano fraintesi interpretativi.

Schematicamente, accenniamo di seguito ai diritti che diventano esigibili dopo il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'handicap.

---

<sup>2</sup> In questo caso il ruolo sindacale riveste una notevole importanza; infatti, pur non essendo prevista una presenza con uno specifico contrattuale nel Comitato tecnico (in alcune Province siamo ammessi come uditori), la legge stabilisce che nel caso di mancata idoneità l'azienda sia tenuta a verificare l'esistenza di altre postazioni idonee per l'invalido. In questa fase un ruolo determinante viene svolto da RSU ed RLS.

Nel caso dell'invalidità civile (legge 118/71) la persona si vede assegnare una percentuale che proporzionalmente all'avvicinarsi al 100% garantisce diverse agevolazioni.

Le più significative, in relazione al lavoro sindacale, sono le seguenti:

- ▶ **46% possibilità di iscrizione alle liste del collocamento mirato:** l'iscrizione offre l'opportunità di avere un canale preferenziale per l'accesso al mercato del lavoro; bisogna comunque dire che il sistema delle assunzioni nominative non preclude la possibilità di auto candidatura da parte della persona.
- ▶ **51% un mese di congedo retribuito annuale:** si tratta dell'applicazione dell'art. 10 d.lgs. 509/88; si applica oltre alla categoria succitata anche alle persone affette da patologie oncologiche.

In questi casi è possibile, previa autorizzazione dell'ASL attraverso locale medicina legale, richiedere un mese di congedo (anche frazionato) retribuito dal datore di lavoro, in aggiunta al periodo di comporto<sup>3</sup>.

È importante sottolineare come esista una relazione diretta tra la cura ed il congedo e pertanto è sempre necessario fornire al datore di lavoro una pezza giustificativa (questo al contrario non è previsto con la 104).

La prassi accennata assegna alle organizzazioni sindacali un ruolo importante in virtù del fatto che la norma poco conosciuta al momento è applicata solo su richiesta del dipendente, mentre l'auspicio è che con una buona contrattazione sociale si ottenga il recepimento della norma in tutti i contratti.

- ▶ **74%-100% diritto a percepire l'assegno di invalidità:** si tratta di un assegno mensile il cui importo viene aggiornato, annualmente, al quale ha diritto la persona invalida a condizione di non aver superato nell'anno precedente il limite di reddito di € 4382,43 per una percentuale fino al 99% o di € 14886,28 per il 100%; in entrambi i casi per il 2009 l'ammontare dell'assegno è pari a € 255,12.
- ▶ **100% con assegno di accompagnamento:** diversamente dall'assegno di invalidità, questo è totalmente cumulabile con i redditi e viene corrisposto nei casi più gravi; l'ammontare per l'anno in corso è pari a € 472,00.

In aggiunta è necessario sottolineare che per mantenere le provvidenze economiche elencate, dal 2008 non è più necessaria da parte della persona invalida l'iscrizione alle liste di disoccupazione, ma è sufficiente un'autocertificazione da presentare all'INPS entro il 31 marzo dell'anno successivo ove si dichiara di essere stati disoccupati.

Ulteriore agevolazione per chi si veda riconosciuta una percentuale di invalidità tra il 74% ed il 100% è l'opportunità di maturare 8 settimane di contributi figurativi supplementa-

<sup>3</sup> La norma, che fa seguito ad un'indicazione del Ministero del Lavoro, è relativamente recente e riveste una grande importanza poiché non inficia il diritto alla malattia e la relativa conservazione del posto di lavoro come previsto dai CCNL, ma garantisce ai più bisognosi maggiori garanzie di cura.

ri per ogni anno di servizio prestato in condizioni di invalidità e per un ammontare totale di 60 mesi.

Semplificando: il lavoratore invalido con le caratteristiche accennate, nei fatti accede alla pensione con un anticipo di cinque anni.

Ci siamo limitati in questa sede ad elencare solo alcuni dei benefici previsti per le persone invalide; va detto che è prassi quotidiana nell'attività di sportello sindacale offrire dettagliata consulenza ai lavoratori ed ai cittadini che si presentano nei nostri uffici.

In realtà la legge italiana attribuisce maggiori benefici in presenza di riconoscimento dell'handicap, soprattutto se grave, ai sensi della già citata legge 104/92.

Si è detto che la coesistenza di più leggi genera difficoltà interpretative e sovente i lavoratori rivendicano diritti in realtà non esigibili.

Nel merito l'esempio più ricorrente sono i permessi retribuiti per lavoratori con la 104 e parenti che li assistono; il frainteso nasce dal fatto che mediamente si associa un'invalidità, anche totale, all'handicap grave; non è così, per l'autonomia di valutazione di cui si è accennato in precedenza.

Cerchiamo ora, data la relazione diretta con il lavoro e l'attività sindacale, di entrare nel dettaglio del tema.

La legge quadro sull'handicap concede tre giorni al mese, o in alternativa due ore giornaliere, di permesso retribuito a lavoratori certificati e ritenuti in situazione di gravità ai sensi della medesima norma, lo stesso beneficio spetta ad un parente (solo uno) entro il terzo grado che assiste la persona con handicap.

L'esperienza insegna che non è mai superfluo fornire alcuni chiarimenti: non esiste relazione diretta tra un ipotetico 100% di invalidità civile ed il riconoscimento di handicap grave. Per vederlo riconosciuto, infatti, è necessario sancire l'impossibilità dell'individuo, per effetto degli esiti di una patologia, a svolgere in autonomia le attività quotidiane della vita. Evitando di addentrarci in disamine sanitarie che non mi competono, può essere utile riflettere su questo esempio.

Può esistere una condizione patologica che non sottintende alte percentuali, ma che, per la cronicizzazione e quindi per il benessere del lavoratore, necessita di continuo ricorso a cure e terapie farmacologiche: in questo caso viene fortemente limitata l'autonomia e quindi può essere concesso lo stato di gravità.

Tornando ai permessi, è corretto puntualizzare che sono garantiti dall'ente previdenziale INPS: pertanto fanno testo, a coronamento del dettato normativo, diverse circolari che precisano dettagliatamente i criteri di fruizione.

Sul versante sindacale, è importante sottolineare che i permessi concessi direttamente ai lavoratori che vivono su di loro il problema non costituiscono quasi mai materia di contenzioso con le aziende, mentre le maggiori difficoltà sorgono nel caso di permessi richiesti ai familiari per l'assistenza a parenti. Su questo tema si sono espressi ripetutamente sia

il legislatore che gli enti previdenziali: dal testo originario è stato tolto l'obbligo di convivenza, art. 19 legge 53/2000, ma, come ripetutamente evidenziato dall'INPS in più circolari, deve essere garantita assistenza continuativa ed esclusiva. La continuità nei fatti impone che il parente, pur non convivente, abiti ad una distanza ritenuta congrua e ragionevole per garantire la continuità assistenziale ovvero sul piano pratico di potere sempre intervenire in caso di emergenza<sup>4</sup>.

La distanza territoriale non è il solo motivo che limita la concedibilità e la fruizione di questo diritto. Recentemente l'INPS ha sancito regole stringenti, senza contare il ridimensionamento delle spettanze economiche. Crediamo di non allontanarci molto dalla realtà affermando che tutto questo sia frutto delle politiche del governo che nella sua campagna contro i «fannulloni» penalizza i lavoratori che vivono un problema così grave.

In sintesi le nuove regole possono essere così riassunte:

- il datore di lavoro può richiedere di concordare i permessi mensili che possono essere calendarizzati in relazione alle esigenze aziendali. In questo caso, stiamo dando indicazione alle RSU del fatto che accettiamo il provvedimento fatta salva l'emergenza riconducibile alla gravità del malato;
- nel caso in cui l'assistito sia esso stesso un lavoratore ed abbia un coniuge od altro parente che si occupi di lui o lei, è necessario dimostrare la contemporanea fruizione dei permessi.

Proseguendo sul terreno dell'assistenza, degna di nota è certamente una novità introdotta dalla Finanziaria del 1990, legge 388/90, nella quale si sancisce l'opportunità per i lavoratori, genitori di un figlio in situazione di gravità, di fruire di un congedo retribuito di due anni (come per tutti i permessi 104 a carico degli enti previdenziali) anche frazionato nell'arco della propria carriera lavorativa.

Questa importante norma negli anni è stata migliorata ed ampliata.

Originariamente il diritto era limitato a chi usufruiva da almeno 5 anni dei tre giorni di permesso. Oggi questo vincolo è stato cancellato grazie ad interventi legislativi successivi. Altra novità significativa riguarda l'ampliamento al diritto anche al coniuge e recentemente la Cassazione si è ripetutamente espressa nel merito di istanze avanzate da fratelli, ad oggi esclusi dal diritto se non in casi particolari.

Limitandoci all'ambito lavorativo, la legge 104/92 garantisce, oltre ai benefici elencati, alcuni elementi ulteriori quali la possibilità di lavorare in filiali aziendali vicine alla propria residenza. Rispetto a questo può essere utile declinare con precisione ciò che sancisce la normativa: all'art. 21 si fa riferimento ai lavoratori del settore pubblico ai

---

<sup>4</sup> Non si tratta di una considerazione di poco conto; infatti da che la convivenza non rappresenta un vincolo sono parecchi i lavoratori che hanno ricevuto un diniego motivato dalla distanza. In questo caso anche un intervento sindacale si rivela inefficace.

quali la 104 è riconosciuta direttamente, sebbene anche non in gravità; in questo caso «compatibilmente con le esigenze aziendali» essi possono richiedere la sede più vicina possibile; all'art. 33 (quello che regola i permessi) si amplia questa opportunità a tutti, parenti compresi, nei casi ove sia accertata la condizione di gravità; persiste il vincolo delle esigenze aziendali.

Il vincolo accennato è importante nell'ottica sindacale, infatti non raramente capita di dover intervenire e mediare con aziende od enti. Se fino a questo punto si è fatto riferimento all'handicap in relazione alla legge 104/92 ed all'invalidità civile, è importante accennare ad un altro aspetto inerente all'invalidità, in riferimento a quella concessa dall'INPS. In questo caso siamo nella condizione in cui il lavoratore o la lavoratrice che abbiano maturato almeno 5 anni di contributi, 3 dei quali negli ultimi 5 in presenza di una patologia che si presume invalidante, possono ricorrere all'ente previdenziale per ottenere una certificazione.

Nel caso in cui l'INPS riconosca una diminuzione delle capacità lavorative a meno di un terzo, attribuisce al lavoratore il diritto a percepire un assegno, cumulabile con il reddito e commisurato alla contribuzione versata.

Nei casi più gravi, ove sia riconosciuta la totale impossibilità a svolgere mansioni lavorative, viene concessa l'inabilità che permette alla persona il pensionamento immediato parametrato alla contribuzione figurativa commisurata all'intera carriera lavorativa.

Al termine di questo paragrafo è dovuta una puntualizzazione, soprattutto per chi non conosce la nostra organizzazione sindacale.

Si è parlato diffusamente dei diritti derivanti dall'invalidità. Ebbene è corretto chiarire che tutte le pratiche vengono istruite dal Patronato e, a livello di Dipartimenti Politiche sociali, si compie l'operazione di informazione dei lavoratori o dei delegati che a seguire socializzano le opportunità con i lavoratori; nella fase successiva, come già accennato, il ruolo sindacale sui luoghi di lavoro è teso a garantire la piena fruibilità di tutti i benefici.

### ▼ **L'attuale momento di crisi**

Parliamo dell'attuale momento di crisi non solo per contestualizzare l'intervento, bensì per un motivo preciso ed attinente al collocamento mirato.

La norma infatti, e specificamente il d.p.r. 333/2000 (Decreto attuativo legge 68/99), prevede che le aziende interessate da ristrutturazioni e crisi siano esentate dall'assunzione di invalidi. La conseguenza diretta, facilmente intuibile, è che anche il meccanismo di accesso al lavoro in un periodo come l'attuale subisce dei rallentamenti.

In seconda istanza, è necessario sfatare una credenza sbagliata: se l'azienda è in cassa integrazione o mobilità gli invalidi possono essere inseriti nelle procedure a patto che la pre-

senza in azienda di collocati ai sensi della 68/99, verificata in percentuale all'inizio del percorso, sia mantenuta inalterata anche alla fine.

A puro titolo di esempio:

azienda pre crisi	100 addetti	6 invalidi pari al 6%
<i>(non consideriamo che sarebbe inadempiente rispetto all'obbligo)</i>		
azienda post crisi	50 addetti	3 invalidi pari al 6%.

È del tutto evidente che nel caso teorico in esame 3 invalidi sono stati inseriti nella procedura senza che l'azienda abbia infranto alcuna legge.

È prassi, sul versante sindacale, in casi riconducibili all'esempio aprire un fronte negoziale per garantire che le espulsioni siano il meno problematiche possibili.

### ▼ La negoziazione territoriale

Ritengo importante dedicare uno spazio alla negoziazione territoriale poiché si tratta di una situazione relativamente nuova per il sindacato, ma che riveste grande importanza in relazione alla gente che noi rappresentiamo.

In questa fase negoziale, infatti, si concertano con i Comuni, i Distretti socio-sanitari, le ASL e le Aziende ospedaliere i costi e la funzionalità dei servizi.

È del tutto evidente che il buon esito di questa attività ha una ricaduta su lavoratori e pensionati (che compartecipano alla spesa) in termini di salario indiretto.

Concentrando maggiormente la riflessione sull'handicap, bisogna sottolineare come rappresenti una delle voci prevalenti nel capitolo sociale all'interno dei bilanci degli enti locali. In considerazione di questo, l'aver chiare le esigenze dei territori ed il concertare i servizi, come previsto dall'art. 19 della legge 328/2000, rientra pienamente nei nostri compiti; inoltre l'esperienza insegna che lavoratori che abbiano consuetudine con il sindacato vi si rivolgono ancor prima che all'assistente sociale per ottenere informazioni.

In relazione ad istanze di questo tipo, vale sempre la logica già espressa che il nostro è un ruolo di indirizzamento, orientamento e garanzia.

### ▼ Il delegato sociale

Vorrei terminare raccontando brevemente l'esperienza del delegato sociale: si tratta di componenti delle RSU formati per acquisire competenze di carattere sociale.

È importante che si tratti di delegati poiché non si vuole avere la figura del tecnico del disagio, ma un sindacalista completo che possa con professionalità e competenze affrontare anche temi di questo tipo.

Il delegato sociale interagisce con i nostri uffici territoriali e si pone in relazione con i compagni di lavoro da una prospettiva diversa.

Egli, consapevole della mappa sociale del territorio (la rete dei servizi sociali e socio-sanitari afferenti al territorio dove è operante l'azienda), identifica una situazione di disagio ed attiva tutti gli strumenti sindacali e di relazione di cui è in possesso.

Indirizza adeguatamente il lavoratore e attiva un percorso sindacale con la controparte aziendale per annullare le condizioni di incompatibilità.

Le prime esperienze in quest'ottica sono state avviate nella consapevolezza che il disagio in azienda sia in netto e costante aumento; il proliferare di contratti atipici rende assolutamente labile la solidarietà tra lavoratori che trovano con sempre maggior difficoltà nei compagni di lavoro dei soggetti con cui condividere i problemi.

A questo va aggiunto che l'incertezza sul futuro acuisce il ricorso a soluzioni pericolose quali uso ed abuso di sostanze o psicofarmaci; è del tutto evidente che un simile scenario muta anche la natura delle istanze e quindi a fattori classici quali il salario e l'organizzazione del lavoro si affiancano problematiche riconducibili al benessere personale.

Il delegato sociale non deve solo agire sull'emergenza, al contrario deve essere messo nella condizione di poter informare i compagni sui rischi e sulle opportunità di soluzione esterna all'azienda, e di contrattare ipotesi di condizioni aziendali ottimali.

Il termine del percorso dovrebbe portare il tema sociale a tutti i livelli contrattuali ottenendo lo stabile inserimento di buone prassi di tutela dei più deboli in tutte le piattaforme sindacali.



## Legge 104: la riflessione della consulenza medico-legale dell'INCA CGIL

di **Marco Bottazzi\***

### ▼ La dimensione del fenomeno dell'handicap

Nell'affrontare il tema della tutela dell'handicap uno dei punti a cui come Patronato attribuiamo particolare valenza è quello della conoscenza della platea degli aventi diritto.

In assenza di dati che fotografino la situazione nazionale è possibile far riferimento ad indagini mirate come quella curata recentemente dalla Fondazione Besta di Milano o all'anagrafe territoriale curata dalla Provincia di Trento e di cui sono stati pubblicati in questi giorni i dati aggiornati a tutto il 2007 (in Rivista Italiana di Medicina Legale n. 4-5/2008).

Fra il 1992 ed il 2007, nella provincia di Trento, sono state presentate 8768 domande a cui hanno fatto seguito 7120 riconoscimenti, che hanno riguardato nel 44% dei casi degli ultra 65enni e nel 40,21% dei casi cittadini fra i 18 ed i 64 anni, con un costante aumento della fascia più anziana rispetto ai precedenti report.

Venendo alle tipologie di handicap i dati rilevano che più della metà dei soggetti (3214, pari al 56,95%) sono stati riconosciuti in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità (art. 3 comma 3), mentre l'11,32% sono stati riconosciuti in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione temporanea di gravità ed infine quasi un quarto (1381, pari al 24,47%) sono stati riconosciuti in situazione di handicap con carattere di permanenza (art. 3 comma 1). Per quanto concerne le malattie all'origine dell'handicap i dati della Provincia di Trento dimostrano come il settore nosologico prevalente sia quello delle malattie del sistema nervoso centrale e periferico (25,56% del totale), seguito dalle malattie psichiche (23,61%), neoplastiche (7,56%), dell'apparato cardio-circolatorio (6,16%), dell'apparato uditivo (5,48%) ecc.

\* Coordinatore medico-legale INCA CGIL nazionale

Fra le patologie del sistema nervoso la più frequente è la paraparesi (circa il 40% dei casi neurologici) seguita dagli esiti di eventi vascolari acuti (21,89%), dalla patologia epilettica (4,23%); seguono le afasie, i disturbi paretici e l'atrofia muscolare progressiva.

La patologia psichiatrica più frequente è stata la demenza ivi compreso l'Alzheimer (circa la metà dei casi psichiatrici) con un netto aumento percentuale nel corso degli anni.

Dei 547 casi registrati ben 428 sono stati qualificati in una demenza grave (MMSE pari o inferiore a 17/30), segue per frequenza l'insufficienza mentale di cui circa la metà in forma grave, quindi la sindrome schizofrenica ed il disturbo depressivo.

Se analizziamo, poi, le disabilità da patologia neoplastica i dati rilevano che oltre la metà dei casi (61,6%) è riferita ad una malattia neoplastica a prognosi infausta o probabilmente sfavorevole e oltre 1/4 ad una malattia a prognosi favorevole ancorché con grave compromissione funzionale.

L'analisi riferita ai benefici assistenziali dimostra come su 4898 soggetti riconosciuti portatori di uno stato di handicap in condizione di gravità:

- ▶ il 48,59% ha usufruito dei tre giorni di permesso per assistenza;
- ▶ il 9,64% ha usufruito dei permessi lavorativi per il lavoratore stesso;
- ▶ il 6,86% del diritto alla scelta della sede di lavoro più vicina;
- ▶ il 16,97% delle agevolazioni fiscali.

Circa la metà dei lavoratori che hanno richiesto il permesso lavorativo lo hanno conigliato nella riduzione oraria di due ore giornaliere. Si tratta di soggetti affetti da paraparesi, da malattie neoplastiche.

Mentre i dati riguardanti i permessi di tre giorni per accudire un familiare sono stati riconosciuti nel 19,6% dei casi a soggetti minorenni, nel 25,1% a favore di soggetti adulti di età compresa fra 18 e 64 anni e in ben il 55,3% dei casi in soggetti ultra 65enni. Anche in tale circostanza sono le malattie del sistema nervoso quelle all'origine del maggior numero di agevolazioni assistenziali erogate, seguite dalle malattie psichiche e dalle malattie neoplastiche.

La disabilità maggiormente rappresentata è, dunque, il confinamento individuale e la diautonomia motoria prodotta da cause diverse (in ordine decrescente): paraparesi; emisin-drome motoria, tetraparesi e Parkinson. Tra le malattie psichiche più della metà sono da ricondurre alla demenza grave.

Se incrociamo questi dati con quelli che emergono dalla esperienza del nostro lavoro di Patronato possiamo rilevare che l'applicazione della normativa presenta ancora differenze notevoli in ragione della tipologia contrattuale e/o della dimensione aziendale, ma anche che occorre una integrazione fra questa normativa e le previsioni contrattuali e normative che regolano i rapporti di lavoro sia nel settore pubblico che in quello privato.

## ▼ Il quadro normativo di riferimento

La legge-quadro, come noto, fornisce ai commi 1 e 3 dell'art. 3 la definizione di «handicap», ma, al di là della semplice enunciazione, non offre nessuna indicazione metodologica di carattere valutativo.

Si fa riferimento ad un presupposto concettuale che distingue fra:

- ▶ **menomazione:** qualsiasi perdita o anormalità afferente a strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche;
- ▶ **disabilità:** ogni limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano;
- ▶ **handicap:** condizione di svantaggio conseguente a menomazione e/o disabilità che limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale da parte di un soggetto in relazione all'età, sesso, fattori socio-culturali.

La legge 104/92, nel riordinare in senso generale l'assistenza, ha posto al centro del riordino il recupero non solo funzionale ma anche sociale della persona handicappata<sup>1</sup>.

Un punto che non appare mai sufficientemente enfatizzato è la mancanza di riferimenti, in questa norma, ad una attività lavorativa generica, in quanto la disabilità acquista un valore strettamente personale, calandosi in un determinato e preciso contesto sociale e lavorativo. In questo ambito trovano collocazione come determinanti quelli che possiamo definire fattori contestuali sia di tipo ambientale individuali (casa, lavoro-scuola, ambiente fisico, contesto familiare, contesto relazionale, contesto lavorativo) o sociali (strutture, contesto sociale, servizi) che di tipo personale (stile di vita, abitudini personali, livello culturale, esperienze socio-lavorative).

Recupero che vede come perno l'integrazione nella famiglia, nella scuola ma anche e soprattutto l'integrazione nel lavoro.

Con la legge 104/92 si passa dalla settorialità all'unità, che adesso va ripresa, in maniera integrata secondo la logica del «progetto di vita» che riconduce in rete i bisogni speciali e consideri il disagio sociale.

Tema questo che è stato ulteriormente sviluppato dall'articolo 14 della legge 328/2000 che in tema di progetti individuali per le persone disabili stabilisce che «per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'art. 3 della legge 105/92, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i Comuni, d'intesa con le ASL, predispongono un progetto individuale».

<sup>1</sup> «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».

Per ottenere questi risultati viene operata una valorizzazione delle capacità residue generali e delle potenzialità lavorative residue tanto che, all'articolo 19, la legge 104 stabilisce che, ai fini dell'avviamento al lavoro, la valutazione della persona handicappata deve tener conto della capacità lavorativa e relazionale dell'individuo e non solo della minorazione fisica e psichica. Si pone, dunque, come punto di partenza per l'inserimento del soggetto invalido, l'oggettiva validità residua del soggetto stesso che deve trovare esplicazione in un programma di integrazione nel mondo del lavoro attraverso tutta una serie di strumenti, fra i quali ci pare di particolare importanza (e di cui andrebbe maggiormente richiesta la realizzazione) la previsione di incentivi, agevolazioni ecc. ai datori di lavoro affinché adattino il posto di lavoro alle caratteristiche della persona handicappata; in accordo con quanto per altro stabilito dalla normativa di igiene e sicurezza sui posti di lavoro che parla di rispetto dell'ergonomia.

La prima versione dell'ICIDH<sup>2</sup> redatta dall'OMS nel 1980 introduceva per l'handicap le seguenti valutazioni:

- ▶ handicap dell'orientamento;
- ▶ handicap dell'indipendenza;
- ▶ handicap della mobilità;
- ▶ handicap occupazionale;
- ▶ handicap dell'integrazione sociale;
- ▶ handicap dell'indipendenza economica,

Non dobbiamo dimenticare che si trattava di una classificazione che interessava anche le menomazioni e le disabilità e dunque prevedeva diversi assi che sono riassunti nello schema seguente:

CATEGORIE DI MENOMAZIONI	CATEGORIE DI DISABILITÀ	CLASSIFICAZIONE DEGLI HANDICAPS
Menomazioni della capacità intellettuale	Disabilità nel comportamento	Handicap nell'orientamento
Altre menomazioni psicologiche	Disabilità nella comunicazione	Handicap nell'indipendenza
Menomazioni del linguaggio	Disabilità nella cura della propria persona	Handicap nella mobilità
Menomazioni auricolari	Disabilità locomotorie	Handicaps occupazionali
Menomazioni oculari	Disabilità dovute all'assetto corporeo	Handicap nell'integrazione sociale
Menomazioni viscerali	Disabilità nella destrezza	Handicap nell'autosufficienza economica
Menomazioni scheletriche		
Menomazioni deturpanti	Disabilità circostanziali	Altri handicaps
Menomazioni generalizzate, sensoriali e/o di altro tipo	Disabilità in particolari attitudini Altre limitazioni dell'attività	

<sup>2</sup> International Classification of In.

Inoltre proponeva varie scale di gravità, cui faceva riscontro un approccio riabilitativo che aveva come finalità ed obiettivi:

- ▶ la prevenzione (quando l'individuo svolge l'attività in questione senza alcun problema, cioè come un normodotato);
- ▶ potenziamento (quando è necessario migliorare la qualità della prestazione che viene svolta, sia pure con difficoltà);
- ▶ supporto (quando è necessario l'utilizzo di un ausilio tecnico, per permettere il compito autonomamente);
- ▶ sostituzione (quando l'attività è svolta da altra persona).

Nel 1999 l'OMS ha pubblicato la revisione di tale classificazione con lo scopo di offrire un quadro di riferimento per le «conseguenze delle condizioni di salute» coprendo qualsiasi disturbo in termini di modificazione funzionale associata a condizioni di salute a livello del corpo, della persona e della società.

L'ICDH-2 ha eliminato i termini disabilità ed handicap che presentano una valenza negativa introducendo una terminologia più neutrale con riferimento all'attività e non più alla disabilità, alla partecipazione e non più all'handicap; viene quindi introdotto al posto del termine disabilità quello di «activities» e si sottolinea che esso fa riferimento non a ciò che è potenziale ma *a quanto effettivamente realizzato dalla persona nella vita quotidiana*.

Al posto del concetto di handicap si introduce quello di partecipazione, individuando così un concetto per cui ambienti diversi avranno un impatto diverso sulla persona in difficoltà.

La struttura dell'ICDH-2 comprende tre dimensioni:

- 1) il livello corporeo (funzioni e strutture corporee);
- 2) il livello personale (attività) ricoprendo una gamma completa di attività da quelle semplici a quelle complesse;
- 3) il livello sociale (partecipazione), classificando le aree della vita in cui un individuo è coinvolto, ha accesso, ha opportunità sociali o nelle quali incontra barriere.

Rispetto alla classificazione precedente, questa versione più recente include una lista di fattori ambientali e di contesto che possono influenzare il funzionamento e le disabilità dell'essere umano.

L'accertamento dello stato di handicap è deputato<sup>3</sup> alle commissioni mediche dell'Invalidità civile integrate dalla presenza della figura dell'esperto nei casi da esaminare e dell'operatore sociale il cui compito specifico è quello di analizzare il quadro di riferimento socio-culturale. Per esperto si deve intendere una figura che varia in funzione del caso da esaminare o in riferimento alla valenza dell'accertamento richiesto.

---

<sup>3</sup> Dall'articolo 4.

Nell'arco di questi anni sono state emanate diverse Circolari ministeriali in tema di applicazione della legge quadro, ma ben pochi sono i riferimenti al momento valutativo.

Viene certamente rivalutato il ruolo delle commissioni mediche, le quali, si legge nella Circolare del Ministero della Sanità in data 30/10/1993, «costituiscono... il momento di approccio globale a livello di valutazione medico-sociale della personalità e delle esigenze del portatore di handicap e, quindi, lo strumento idoneo a consentire la realizzazione di un'assistenza integrata completa, nell'ottica più ampia del reinserimento sociale...».

La legge 104 definisce poi la condizione di handicap in situazione di gravità, legando a tale riconoscimento una serie di provvedimenti specifici.

Da un punto di vista medico-legale si tratta di una formulazione assolutamente nuova, che la legge<sup>4</sup> definisce in: «riduzione dell'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».

Per una più chiara definizione di tale concetto di gravità però soccorre anche l'articolo 9 laddove specifica che il servizio di aiuto personale è destinato ai «cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi».

In particolare degno di sottolineatura appare il considerare in modo equivalente il fatto di essere temporaneamente o permanentemente portatore di handicap superando l'approccio tipico di molti criteri valutativi imperniati sulla permanenza del danno.

Se vengono utilizzate, nella definizione di handicap, le diverse tabelle valutative dell'autonomia da terzi e delle capacità globali della persona, è da ritenere che configurino una situazione di handicap grave quelle condizioni che indicano la necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale, ma anche una situazione in cui vi è una perdita di autonomia molto elevata o totale, oppure quando vi è una perdita di autonomia elevata accompagnata da una seppur minima perdita di capacità.

*L'accertamento medico-legale dunque non è più solo un «passaggio obbligato» per l'accesso a provvidenze prevalentemente di carattere economico, quale di fatto era divenuto nell'ambito del sistema dell'invalidità civile, ma dovrebbe rappresentare l'occasione prima per incanalare la persona invalida in un percorso di recupero e riabilitazione, attraverso i servizi presenti sul territorio.*

Le Commissioni dovrebbero esprimersi sulle modalità di intervento globale e continuativo nei confronti della persona disabile avviando il percorso di definizione del programma articolato di cura e riabilitazione tale da valorizzare al meglio la capacità della persona.

---

<sup>4</sup> All'art. 3 comma 3.

Indicazioni più precise circa la valutazione dell'handicap sono state fornite dal Ministero della Sanità con la Circolare del 16/4/1994, nella quale, prendendo spunto dal caso di un cieco civile assoluto (al quale non era stata riconosciuta la condizione di «handicap»), chiariva che il giudizio della Commissione «non si esaurisce in un giudizio di natura medico-legale e non consiste solo in un accertamento medico delle condizioni fisiche o psichiche del soggetto», ma deve «accertare, nei suoi vari ambiti, l'handicap che la minorazione produce, ossia la natura e l'entità dello svantaggio sociale e gli interventi necessari alla sua eliminazione».

Tali valutazioni peraltro devono essere effettuate, in prima istanza, «quali realtà a sé, indipendentemente dalla realtà concreta nella quale si trovi il soggetto che ne è portatore», poiché «l'aderenza alla situazione concreta attiene, invece, al momento della scelta e della graduazione delle tipologie di intervento, fase successiva e distinta dalla precedente».

In sede di Commissione medica, quindi, la valutazione dello svantaggio sociale è teorica e prescinde dal caso concreto, che verrà specificamente inquadrato solo in un secondo momento, durante la programmazione degli interventi di recupero.

Gli strumenti tecnici per la valutazione sono esplicitamente indicati nella Circolare del Ministero della Sanità del 16.5.1996 in cui si fa specifico riferimento allo strumento di analisi multiassiale introdotto dall'OMS già dal 1980, all'ICDH ed inoltre alla Nuova Tabella di invalidità civile del 1992, «suddivisa in cinque parti, delle quali le prime due sono quelle che racchiudono la sostanza del nuovo metodo di accertamento e di valutazione della minorazione» ed in particolare «nella seconda parte viene descritta la graduazione del deficit funzionale nei livelli lieve-medio-grave, individuati secondo i criteri della classificazione internazionale».

Dobbiamo tuttavia rilevare che il «vuoto» criteriologico valutativo, lasciato dalla legge 104/92, ha creato una notevole difficoltà operativa già significativa in sede di accertamento ad opera della Commissione, e tale difficoltà diviene massima all'atto della definizione di tutti i successivi interventi attuativi della legge stessa.

Il solo riferimento allo strumento multiassiale di analisi dell'OMS, esplicitamente indicato dalla Circolare del Ministero della Sanità del 16.5.1996, è ancora insufficiente a garantire dei chiari parametri di valutazione e, nonostante lo sforzo applicativo di tale strumento in molte Regioni, è evidente la difficoltà operativa, che si riflette anche in una «confusione» terminologica (alcuni utilizzano il termine di menomazione quale sinonimo di disabilità o di deficit).

Fra l'altro alcune Regioni nel tentativo di fornire indicazioni hanno definito un parallelismo col giudizio di invalidità civile ed in particolare con il diritto alla indennità di accompagnamento che non può essere in alcun modo condiviso.

Non esiste, peraltro, parametro alcuno che tracci un limite-soglia al di sotto del quale non debba essere riconosciuto lo stato giuridico di persona handicappata.

Tale confusione con l'invalidità civile ha portato ad una sottovalutazione dell'importanza del contesto sociale, rispetto al quadro medico, nella formulazione del giudizio, elemento che a nostro avviso costituisce la novità e la differenza fondamentale fra le due normative. La valutazione delle capacità ed in particolare della gravità mediante scale può rappresentare un sistema utile per giungere ad un apprezzamento delle capacità positive della persona; in particolare questa metodologia permette una maggiore coerenza ed uniformità di valutazione, coerenza ed uniformità di valutazione che più proficuamente può essere raggiunta con una maggiore stabilità nella composizione delle Commissioni valutatrici.

In queste scale lo svantaggio esistenziale derivante da una qualsiasi compromissione di funzioni biologiche è riferito a tutte quelle attività usuali e quotidiane tipiche del vivere nell'ambiente abituale.

Questo ci porta a concludere che i sistemi di classificazione devono fornire il parametro di riferimento per arricchire di motivazioni ed aggettivazioni il giudizio finale.

### ▼ Il quadro applicativo attuale

Nel corso degli anni anche se con differenze significative fra le diverse realtà territoriali abbiamo assistito sempre più ad una evoluzione dalla lesione anatomica verso un giudizio che pone al centro il disagio sociale, la disabilità dell'individuo in interazione con l'ambiente in cui vive.

La tutela introdotta dalla legge 104 si esplica, si ricordava anche in precedenza, in presenza di una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che causi difficoltà di apprendimento, di vita di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione; cioè si parte da una invalidità, che, giova ricordarlo, è specificamente indicato può avere anche i caratteri della non permanenza, per giungere all'handicap passando per la disabilità.

Mentre il requisito di gravità si raggiunge allorché la menomazione renda necessario un intervento assistenziale permanente nella sfera individuale o in quella di relazione, molto importante appare la calibratura del concetto di gravità in relazione alle due diverse sfere in quanto questa differenziazione nella pratica concreta dovrebbe portare a definire metodologie valutative diverse in funzione delle tre grandi fasce di età che si indicano nella prima parte dell'articolo ma anche in funzione dei «traguardi» che si vuole raggiungere in tema di inserimento di quello specifico soggetto ed ancor più di quello specifico lavoratore.

Se, come per altro già ricordato, l'articolo 1 della legge prevede espressamente come fine quello della promozione del recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni psico-fisiche, allora il momento valutativo assume una valenza fondamentale non

solo nella valutazione medico-legale delle patologie ma anche e soprattutto nella evidenziazione del disagio e quanto esso possa essere corretto, utilizzando gli strumenti forniti da questa norma; ma ci sia permesso indicare che sarebbe necessario pervenire ad una integrazione con altre normative, in primo luogo con la legge 68, attraverso interventi mirati volti a superare lo stato di emarginazione e di esclusione sociale.

Il nostro particolare osservatorio, che ci pone in contatto con soggetti di tutte le fasce di età che, soprattutto, pervengono ad una condizione di handicap in ragione dell'intero spettro patologico evidenziato dai dati di Trento, ci permette di dire che negli anni è andato diffondendosi, anche se è necessario un impegno affinché tale diffusione sia sempre più capillare e costante, la consapevolezza del divario profondo che separa il concetto di invalidità da quello di disabilità, contrastando enormemente i due concetti sulle rispettive ripercussioni menomative, essendo la prima direttamente proporzionale alla lesione anatomica, la seconda essendone spesso indipendente.

Per sintetizzare è possibile affermare che si è diffusa la consapevolezza (con traduzione nella pratica valutativa) che lesioni anche importanti o severe possono determinare una notevole invalidità ma una modesta disabilità ed invece lesioni di minore gravità possono causare una modesta invalidità ma una grave disabilità.

La traduzione concreta di questa consapevolezza diviene fondamentale nella costruzione di percorsi di reinserimento/mantenimento lavorativo di soggetti con quadri patologici definitivi o in evoluzione (patologie neoplastiche, malattie neurologiche ecc.) che al di là dell'eventuale tutela di tipo previdenziale (AOI) ad esempio da una diversa modulazione dell'orario di lavoro possono trarre vantaggi sostanziali e tali da permettere loro di non uscire dal mercato del lavoro.

Occorre certamente un impegno innanzitutto delle istituzioni a cui è demandato il tema dell'inserimento lavorativo ma anche di tutte le realtà che intervengono a definire il rapporto di lavoro affinché sia data piena e concreta attuabilità a queste previsioni normative, il che vuol dire, innanzitutto, che deve creare una condizione di lavoro in cui il lavoratore che già «soffre» per una sua particolare condizione non si percepisca come un peso o un intralcio per l'azienda e/o per i compagni di lavoro.

Occorre, infine, che in accordo con alcune normative regionali (si veda a titolo d'esempio la l.r. n. 4 del 2008 della Regione Emilia Romagna) la certificazione del riconoscimento della disabilità da parte delle Commissioni di accertamento divenga il documento comune per l'accesso a tutti i percorsi agevolanti e di integrazione riguardo alle condizioni di disabilità.

Questa normativa importante, ed ancora non pienamente compresa nelle sue potenzialità, deve trovare, ritengo, collocazione all'interno di un sistema più complessivo e dunque richiede come naturale completamento quello della definizione di norme specifiche sulla non-autosufficienza.

A questo riguardo molto apprezzabile è la definizione di persona non-autosufficiente contenuta nel disegno di legge provinciale per la non autosufficienza della provincia di Trento in cui si definisce persona non-autosufficiente «la persona che, a causa di patologie o di disabilità fisiche, mentali o psichiche, è incapace, in misura rilevante e permanente, di svolgere, senza l'aiuto di altre persone per almeno due ore al giorno, gli atti quotidiani della vita in almeno due delle tre aree funzionali costituite dalla motilità, dall'alimentazione e dall'igiene personale».

La prospettiva futura deve essere quella che, partendo dal superamento della distinzione etiologica-categoriale degli stati di bisogno, pervenga ad una effettiva presa in carico della persona in situazione di bisogno non limitandosi alla mera erogazione di prestazioni economiche.

*Allegati*



Legge 5 febbraio 1992 n. 104  
(pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 febbraio 1992 n. 39)

---

All. 1

## ▼ Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate

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 (v. nota)

### *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.

*Aggiornamento:* Il d.l. 27 agosto 1993, n. 324 nel testo introdotto dalla legge di conversione 27 ottobre 1993, n. 423 ha disposto che «qualora la commissione medica di cui al presente articolo 4, non si pronuncia entro novanta giorni dalla presentazione della domanda, gli accertamenti sono effettuati, in via provvisoria, ai soli fini previsti dall'articolo 33 della stessa legge, da un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'Unità sanitaria locale da cui è assistito l'interessato.

L'accertamento provvisorio produce effetto fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della commissione.

La commissione medica di cui al presente articolo 4 deve pronunciarsi, in ordine agli accertamenti di propria competenza di cui al medesimo articolo 4, entro centottanta giorni dalla data di presentazione della domanda».

## Art. 5 (v. nota)

### *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 sovrappiunta;
  - 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;
  - l. 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;

- m. garantire il diritto alla scelta dei servizi ritenuti più idonei anche al di fuori della circoscrizione territoriale;
- n. promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale anche mediante l'attivazione dei servizi previsti dalla presente legge.

### **Art. 6 (v. nota)**

#### ***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; 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 neuromotulesioni;
  - d. il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e la terapia di eventuali patologie complicanti la gravidanza e la prevenzione delle loro conseguenze;
  - e. l'assistenza intensiva per la gravidanza, i parti e le nascite a rischio;
  - f. 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;
  - g. 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 del-

- l'obbligo, per accertare l'inesistenza o l'insorgenza di patologie e di cause invalidanti 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;
- h. 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 (v. nota)**

### ***Inserimento ed integrazione sociale***

L'inserimento e l'integrazione sociale della persona handicappata si realizzano mediante:

- ▶ 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;
- ▶ servizi di aiuto personale alla persona handicappata in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale;

- ▶ 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;
- ▶ 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;
- ▶ adeguamento delle attrezzature e del personale dei servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali;
- ▶ 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;
- ▶ provvedimenti che assicurino la fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e privato e la organizzazione di trasporti specifici;
- ▶ affidamenti e inserimenti presso persone e nuclei familiari;
- ▶ 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;
- ▶ 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;
- ▶ organizzazione di attività extrascolastiche per integrare ed estendere l'attività educativa in continuità ed in coerenza con l'azione della scuola.

### **Art. 9 (v. nota)**

#### ***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, protesi 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** (*Modificato dalla legge n. 162/1998*)

***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.
- Ibis.* Gli enti di cui al comma 1 possono organizzare servizi e prestazioni per la tutela e l'integrazione sociale dei soggetti di cui al presente articolo per i quali venga meno il sostegno del nucleo familiare.
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 so-

cializzazione 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 alloggio 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 (v. nota)**

#### ***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 da 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 garantite 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.

*Aggiornamento:* Il d.l. 27 agosto 1993, n. 324 nel testo introdotto dalla legge di conversione 27 ottobre 1993, n. 423 ha disposto che «il presente art. 12 comma 5 va interpretato nel senso che l'individuazione dell'alunno come persona handicappata, necessaria per assicurare l'esercizio del diritto all'educazione, all'istruzione ed alla integrazione scolastica di cui agli articoli 12 e 13 della medesima legge, non consiste nell'accertamento previsto dall'articolo 4 della legge stessa, ma è effettuata secondo i criteri stabiliti nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 7 dell'anzidetto articolo 12. In attesa dell'adozione dell'atto di indirizzo e coordinamento, al fine di garantire i necessari interventi di sostegno, all'individuazione provvedono, nel rispetto delle relative competenze, uno psicologo, ovvero un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'Unità sanitaria locale di residenza dell'alunno».

### **Art. 13 (v. nota)**

#### ***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 accordi 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, nelle aree disciplinari individuate sulla base del profilo dinamico-funzionale e del conseguente piano educativo individualizzato.
  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 son 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 univer-

sità 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 (v. nota)**

##### ***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;
  - d. 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 (v. nota)**

### ***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 stu-

di 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.
5. Il trattamento individualizzato previsto dai commi 3 e 4 in favore degli studenti handicappati è consentito per il superamento degli esami universitari previa intesa con il docente della materia e con l'ausilio del servizio di tutorato di cui all'articolo 13, com-

ma *6-bis*. È consentito, altresì, sia l'impiego di specifici mezzi tecnici in relazione alla tipologia di handicap, sia la possibilità di svolgere prove equipollenti su proposta del servizio di tutorato specializzato.

*5-bis*. Le università, con proprie disposizioni, istituiscono un docente delegato dal rettore con funzioni di coordinamento, monitoraggio e supporto di tutte le iniziative concernenti l'integrazione nell'ambito dell'ateneo.

## **Art. 17 (v. nota)**

### ***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 (v. nota)**

#### ***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 (v. nota)**

#### ***Soggetti aventi diritto al collocamento obbligatorio***

1. In attesa dell'entrata in vigore della nuova disciplina del collocamento obbligato-

rio, 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 (v. nota)**

*(L'articolo trova applicazione in tema di criteri e modalità per il conferimento, l'avvicendamento e la revoca degli incarichi dirigenziali nell'amministrazione giudiziaria)*

### ***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 (v. nota)*****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 modificazioni, 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 1° 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 ma-

teria 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, com-

ma 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.

*Aggiornamento:* Il d.l. 21 ottobre 1996, n. 535 convertito con l. 23 dicembre 1996, n. 647 ha disposto che «le disposizioni di cui al suddetto comma si applicano a decorrere dal 31 dicembre 1995».

## **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 (v. nota)**

### ***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 vagoni 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 (v. nota)**

### ***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 (v. nota)**

#### ***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 (v. nota)**

#### ***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 gior-

- ni 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 (v. nota)**

### ***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».
2. *(Abrogato)*
3. *(Abrogato)*
4. *(Abrogato)*

## **Art. 32 (Abrogato)**

## **Art. 33 (Modificato dall'art. 19 della legge n. 53/2000)**

*(L'articolo trova applicazione in tema di criteri e modalità per il conferimento, l'avvicendamento e la revoca degli incarichi dirigenziali nell'amministrazione giudiziaria)*

### ***Agevolazioni***

1. *(abrogato)*

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. Successivamente al compimento del terzo anno di vita del bambino, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità parente o affine entro il terzo grado, convivente, hanno diritto a tre giorni di permesso mensile *coperti da contribuzione figurativa*, fruibili anche in maniera continuativa a condizione che la persona con handicap in situazione di gravità non sia ricoverata a tempo pieno.
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 genitore o il familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio 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.

*Aggiornamento:* Il d.l. 27 agosto 1993, n. 324 nel testo introdotto dalla legge di conversione 27 ottobre 1993, n. 423 ha disposto che «le parole hanno diritto a tre giorni di permesso mensile devono interpretarsi nel senso che il permesso mensile deve essere comunque retribuito. All'onere derivante dall'applicazione del presente comma, valutato in lire 30 miliardi, si fa fronte mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1993-1995, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro per l'anno 1993, all'uopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo alla Presidenza del Consiglio dei ministri».

*Aggiornamento:* La l. 24 dicembre 1993, n. 537 (in S.O. n. 121 relativo alla G.U. 28/12/1993, n. 303) ha stabilito con l'art. 3 che «i tre giorni di permesso mensili di cui al comma 3 del presente articolo non sono computati al fine del raggiungimento del limite

fissato dal terzo comma dell'articolo 37 del Testo unico approvato con d.p.r. n. 3/1957 come sostituito dal comma 37 del suindicato art. 3 l. n. 537/93».

### **Art. 34 (v. nota)**

#### ***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 (v. nota)**

#### ***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. *Per i reati di cui agli articoli 527 e 628 del Codice penale, nonché per i delitti non colposi contro la persona, di cui al Titolo XII del Libro secondo del Codice penale, e per i reati di cui alla legge 20 febbraio 1958, n. 75, qualora l'offeso sia una persona handicappata 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 pro-

cedimenti giudiziari penali e nei luoghi di custodia preventiva e di espiazione della pena.

### **Art. 38 (v. nota)**

#### ***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 sociale 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, edu-

- cativi, 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.
- l-bis)* a programmare interventi di sostegno alla persona e familiare come prestazioni integrative degli interventi realizzati dagli enti locali a favore delle persone con handicap di particolare gravità, di cui all'articolo 3, comma 3, mediante forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore, provvedendo alla realizzazione dei servizi di cui all'articolo 9, all'istituzione di servizi di accoglienza per periodi brevi e di emergenza, tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 8, comma 1, lettera i), e 10, comma 1, e al rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati;
- l-ter)* a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma in-

diretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

*Aggiornamento:* La legge 21 maggio 1998, n. 162, ha disposto che «Per l'attuazione delle misure previste dal comma 2, lettere *l-bis*) e *l-ter*) del presente articolo 39, è autorizzata la spesa di lire 30 miliardi per l'anno 1998, di lire 60 miliardi per l'anno 1999 e di lire 59 miliardi a decorrere dall'anno 2000, da ripartire tra le Regioni ai sensi dell'articolo 42, comma 2, della presente legge, tenuto conto del numero di persone con handicap di particolare gravità di cui all'articolo 3, comma 3, della presente legge».

#### **Art. 40 (v. nota)**

##### ***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, entro il 15 aprile di ogni anno, 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 Province 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.

*Aggiornamento:* La Corte costituzionale con la sentenza 21-29 ottobre 1992, n. 406 (in G.U. 1 s.s. 4/11/1992, n. 46) ha dichiarato la illegittimità costituzionale del sesto comma di questo articolo «nella parte in cui, con riguardo alla lettera a), prevede che il Comitato “si avvale di”, anziché “è composto da”».

*Aggiornamento:* Il d.p.r. 20 aprile 1994, n. 373 ha disposto che «sono attribuite alla presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per gli Affari sociali le funzioni del soppresso Comitato nazionale per le politiche dell'handicap di cui al presente articolo 41».

**Art. 41-bis** (modificato dalla legge n. 162/1998)

### **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.

*Aggiornamento:* La legge 21 maggio 1998, n. 162, ha disposto che «Per l'attuazione delle misure previste dal presente articolo 41-bis, è autorizzata la spesa di lire 6 miliardi per l'anno 1998 e di lire 46 miliardi per l'anno 1999».

**Art. 41-ter** (modificato dalla legge n. 162/1998)

### **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.

*Aggiornamento:* La legge 21 maggio 1998, n. 162, ha disposto che «Per l'attuazione delle misure previste dal presente articolo 41-ter, è autorizzata la spesa di lire 6 miliardi per l'anno 1998 e di lire 46 miliardi per l'anno 1999».

## Art. 42 (v. nota)

### *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 finanziamento 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 (v. nota)**

#### ***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.

2. 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.

## Note

*Avvertenza:* Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del Testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

### **Nota all'art. 2:**

- Il testo dell'art. 4 dello statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con legge costituzionale n. 5/1948, è il seguente:  
«Art. 4 (*Funzioni della regione*) - In armonia con la Costituzione e i principi dell'ordinamento giuridico dello Stato e con il rispetto degli obblighi internazionali e degli interessi nazionali, nonché delle norme fondamentali delle riforme economico-sociali della Repubblica... (*Omissis*)».

### **Nota all'art. 5:**

- L'art. 27 della legge n. 142/1990, recante norme in materia di «Ordinamento delle autonomie locali», è il seguente:  
«Art. 27 (*Accordi di programma*) - 1. Per la definizione e l'attuazione di opere di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di Comuni, di Province e Regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o più tra i soggetti predetti, il presidente della Regione o il presidente della Provincia o il sindaco, in relazione alla competenza primaria o prevalente sull'opera o sugli interventi o sui programmi di intervento, promuove la conclusione di un accordo di programma, anche su richiesta di uno o più dei soggetti interessati, per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinarne i tempi, le modalità, il finanziamento e di ogni altro connesso adempimento (*Omissis*)».

### **Nota all'art. 6:**

- Il testo dell'art. 53 della legge n. 833/1978, sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale, come modificato dall'art. 20 del d.l. 12 settembre 1983, n. 463, convertito

con modificazioni dalla legge 11 novembre 1983, n. 368, per effetto dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, è il seguente:

«Art. 53 - Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale sono stabilite con il Piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali.

Il Piano sanitario nazionale viene predisposto dal governo su proposta del ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale è sottoposto dal governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo.

Contestualmente alla trasmissione da parte del governo al Parlamento del Piano sanitario nazionale, il governo presenta al Parlamento il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini della applicazione del Piano sanitario nazionale, sia le norme per il finanziamento pluriennale del Servizio sanitario nazionale, rapportate alla durata del piano stesso, con specifica indicazione degli importi da assegnare al fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 51 della presente legge e dei criteri di ripartizione alle Regioni.

Il Parlamento esamina ed approva contestualmente il Piano sanitario nazionale, le norme precettive di applicazione e le norme di finanziamento pluriennale.

Il governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale, il cui parere si intende positivo se non espresso entro sessanta giorni dalla richiesta.

Il Piano sanitario nazionale ha di norma durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio con il rispetto delle modalità di cui al presente articolo.

Il Piano sanitario nazionale, le disposizioni precettive e le norme finanziarie pluriennali di cui al precedente quinto comma sono approvati e trasmessi dal governo al Parlamento nel corso dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il 1° settembre dell'anno stesso.

Le Regioni predispongono e approvano i propri Piani sanitari regionali entro il successivo mese di novembre».

- Il testo dell'art. 55 della citata legge n. 833/1978 è il seguente:

«Art. 55 (*Piani sanitari regionali*) - Le Regioni provvedono all'attuazione del Servizio sanitario nazionale in base ai Piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del Piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I Piani sanitari triennali delle Regioni, che devono uniformarsi ai contenuti e agli indirizzi del Piano sanitario nazionale di cui all'art. 53 e riferirsi agli obiettivi del pro-

gramma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I Piani sanitari triennali delle Regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del Piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle Regioni».

- Il testo dell'art. 5, primo comma, della medesima legge n. 833/1978 è il seguente: «La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria, attinente ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria nonché agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri, su proposta del presidente del Consiglio, d'intesa con il ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale».

- Il testo dell'art. 27 della più volte citata legge n. 833/1978 è il seguente:  
«Art. 27 (*Strumenti informativi*). - Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente ai cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo articolo 33. L'Unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale.

Tali dati conservano valore ai fini dell'anamnesi richiesta dalla visita di leva. Nel libretto sanitario sono riportati, a cura della sanità militare, gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la potestà o la tutela e può essere richiesto solo dal medico, nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'intestatario.

Con decreto del ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.

Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini del libretto sanitario, a partire dai nuovi nati. (*Omissis*)».

**Nota all'art. 8:**

- Il testo dell'art. 12 della legge n. 400/1988 (Disciplina dell'attività di governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri) è il seguente:

«Art. 12 (*Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome*)

1. È istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con compiti di informazione, consultazione e raccordo, in relazione agli indirizzi di politica generale suscettibili di incidere nelle materie di competenza regionale, esclusi gli indirizzi generali relativi alla politica estera, alla difesa e alla sicurezza nazionale, alla giustizia.
2. La Conferenza è convocata dal presidente del Consiglio dei ministri almeno ogni sei mesi, ed in ogni altra circostanza in cui il presidente lo ritenga opportuno, tenuto conto anche delle richieste dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome. Il presidente del Consiglio dei ministri presiede la Conferenza, salvo delega al ministro per gli Affari regionali o, se tale incarico non è attribuito, ad altro ministro. La Conferenza è composta dai presidenti delle Regioni a statuto speciale e ordinario e dai presidenti delle Province autonome. Il presidente del Consiglio dei ministri invita alle riunioni della Conferenza i ministri interessati agli argomenti iscritti all'ordine del giorno, nonché rappresentanti di amministrazioni dello Stato o di enti pubblici.
3. La Conferenza dispone di una segreteria, disciplinata con decreto del presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il ministro per gli Affari regionali.
4. Il decreto di cui al comma 3 deve prevedere l'inclusione nel contingente della segreteria di personale delle Regioni o delle Province autonome, il cui trattamento economico resta a carico delle Regioni o delle Province di provenienza.
5. La Conferenza viene consultata:
  - a. sulle linee generali dell'attività normativa che interessa direttamente le Regioni e sulla determinazione degli obiettivi di programmazione economica nazionale e della politica finanziaria e di bilancio, salve le ulteriori attribuzioni previste in base al comma 7 del presente articolo;
  - b. sui criteri generali relativi all'esercizio delle funzioni statali di indirizzo e di coordinamento inerenti ai rapporti tra lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli enti infraregionali, nonché sugli indirizzi generali relativi alla elaborazione ed attuazione degli atti comunitari che riguardano le competenze regionali;
  - c. sugli altri argomenti per i quali il presidente del Consiglio dei ministri ritenga opportuno acquisire il parere della Conferenza.
6. Il presidente del Consiglio dei ministri, o il ministro appositamente delegato, riferisce periodicamente alla commissione parlamentare per le questioni regionali sulle attività della Conferenza.
7. Il governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della commissione parlamentare per le questioni regiona-

li che deve esprimerlo entro sessanta giorni dalla richiesta, norme aventi valore di legge ordinaria intese a provvedere al riordino ed alla eventuale soppressione degli altri organismi a composizione mista Stato-Regioni previsti sia da leggi che da provvedimenti amministrativi in modo da trasferire alla Conferenza le attribuzioni delle commissioni, con esclusione di quelle che operano sulla base di competenze tecnico-scientifiche, e rivedere la pronuncia di pareri nelle questioni di carattere generale per le quali debbano anche essere sentite tutte le Regioni e Province autonome, determinando le modalità per l'acquisizione di tali pareri, per la cui formazione possono votare solo i presidenti delle Regioni e delle Province autonome, (con d.lgs. 16 dicembre 1989, n. 418, si è provveduto a riordinare le funzioni della Conferenza di cui al presente articolo e degli organismi a composizione mista Stato-Regioni, *n.d.r.*)».

**Nota all'art. 9:**

- Il testo dell'art. 2, comma 2, della legge n. 266/1991 (Legge quadro sul volontariato) è il seguente:  
«2. L'attività del volontariato non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario. Al volontario possono essere soltanto rimborsate dall'organizzazione di appartenenza le spese effettivamente sostenute per l'attività prestata, entro limiti preventivamente stabiliti dalle organizzazioni stesse».

**Note all'art. 11:**

- Il testo degli articoli 7 e 8 del d.m. 3 novembre 1989 (Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero) è il seguente:  
«Art. 7 (*Deroghe*)
- 1. In caso di gravità ed urgenza nonché in caso di ricovero in ospedale ubicato in una regione diversa da quella di appartenenza, il centro regionale di riferimento, nel cui territorio è presente l'assistito, può autorizzare direttamente, in deroga alla procedura di cui all'art. 4, le prestazioni all'estero, dandone tempestiva comunicazione all'Unità sanitaria locale competente.
- 2. Ferma restando la sussistenza dei presupposti e delle condizioni di cui all'art. 2, si prescinde dalla preventiva autorizzazione per le prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza ivi comprese quelle usufruite dai cittadini che si trovino già all'estero. In tali casi la valutazione sulla sussistenza dei presupposti e condizioni ed il parere sulle spese rimborsabili sono dati dal centro di riferimento territorialmente competente, sentita la commissione prevista dal successivo art. 8. Le relative domande di rimborso devono essere presentate all'Unità sanitaria locale competente entro tre mesi dall'effettuazione della relativa spesa a pena di decadenza dal diritto al rimborso.

3. Deroghe alle disposizioni ed ai criteri di cui al precedente art. 6 possono essere disposte, qualora le spese che restano a carico dell'assistito siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso, dalla Regione d'intesa con il ministro della Sanità che determina, per i singoli casi, il concorso globale complessivo massimo erogabile, sentita la commissione di cui all'art. 8.
4. In caso di prestazioni usufruite ai sensi dell'art. 22, paragrafo 1, lettera c), punto i), del regolamento CEE n. 1408/71 e delle analoghe disposizioni delle vigenti convenzioni internazionali di reciprocità, possono essere concessi, con la procedura di cui al comma precedente, concorsi nelle spese di carattere strettamente sanitario di cui all'art. 6 che restano a carico dell'assistito, qualora le predette spese siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso.  
«Art. 8 (*Commissione centrale*)
1. Presso il Ministero della Sanità - Ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, è istituita una commissione, con la partecipazione dei rappresentanti delle Regioni e di responsabili dei centri regionali di riferimento, che esprime pareri sugli indirizzi necessari ad assicurare omogeneità di comportamento in tutto il territorio nazionale nella attuazione delle disposizioni del presente decreto e formula proposte in materia di assistenza sanitaria all'estero.
2. A tali fini e in attuazione di quanto disposto dall'art. 3, sesto comma, della legge 23 ottobre 1985, n. 595, le Regioni emanano le direttive necessarie per l'acquisizione dei dati statistici relativi alle prestazioni di assistenza sanitaria all'estero attraverso schede informative il cui schema di massima è predisposto dal Ministero della Sanità».
  - Il testo dell'art. 5 della legge n. 833/1978 già citata è stato integralmente riportato nella nota all'art. 6.

**Note all'art. 13:**

- La legge n. 360/1976 reca: «Modifica dell'art. 1 della legge 26 ottobre 1952, n. 1463, statizzazione delle scuole elementari per ciechi».
- La legge n. 517/1977 reca: «Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico».
- Il testo dell'art. 27 della legge n. 142/1990 è stato già pubblicato nella nota all'art. 5.
- Il d.p.r. n. 419/1974 reca norme in tema di: «Sperimentazione e ricerca educativa, aggiornamento culturale e professionale ed istituzione dei relativi istituti».
- Il d.p.r. n. 616/1977 dà attuazione alla delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382, in materia di trasferimento e di delega di funzioni statali alle Regioni a statuto ordinario.

**Note all'art. 14:**

- Il testo dell'art. 26 del d.p.r. n. 399/1988 (Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo per il triennio 1988/1990 del 9 giugno 1988 relativo al personale del comparto scuola) è il seguente):

«Art. 26 (*Aggiornamento e formazione in servizio del personale ispettivo, direttivo, docente ed educativo, amministrativo, tecnico ed ausiliario*)

1. Nei limiti e con le modalità stabilite dall'art. 14, comma 12, e sempre che sia possibile la sostituzione con personale in servizio, considerato anche il contingente delle dotazioni organiche aggiuntive (DOA) o di personale in soprannumero assegnato ai circoli ed istituti ai sensi dell'art. 14 della legge 20 maggio 1982, n. 270, possono essere programmati dal collegio dei docenti ed autorizzati dal capo di istituto periodi di esonero totale o parziale dall'insegnamento, allo scopo di consentire la partecipazione individuale ad iniziative anche straordinarie di aggiornamento disciplinare e metodologico-didattico realizzate presso università ed istituti di ricerca o attraverso corsi organizzati dal Ministero della Pubblica istruzione o dallo stesso autorizzati presso istituti scientifici, enti culturali o associazioni professionali del personale della scuola, giuridicamente riconosciuti. Le iniziative di aggiornamento sono gestite tenendo conto anche dei criteri stabiliti per l'utilizzazione annua del personale.
2. Il collegio dei docenti, sulla base del programma pluriennale definito, sentite le organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo recepito dal presente decreto, dal Ministero della Pubblica istruzione, formula obiettivi, criteri e modalità organizzative per la partecipazione e la realizzazione delle iniziative di formazione in servizio e per la verifica collegiale delle iniziative stesse. I docenti che hanno partecipato a tali iniziative presentano al collegio dei docenti, alla conclusione delle esperienze formative, una relazione scritta o altri materiali strutturati, appositamente elaborati, che illustrino contenuti, metodi ed obiettivi delle esperienze stesse, per attivare processi di trasferimento e di pratica attuazione nell'ambito della scuola. La predetta relazione e la certificazione rilasciata a conclusione delle attività formative sono inserite, a richiesta del docente, nel fascicolo personale. Il piano deliberato dal collegio dei docenti di cui all'art. 14, comma 5, riserva alla formazione in servizio dei docenti in impegno fino a quaranta ore.
3. Per le attività di aggiornamento deliberate dal collegio dei docenti, quest'ultimo definisce gli obiettivi e le modalità organizzative per la realizzazione e la verifica delle iniziative stesse, nonché per la partecipazione dei docenti, fermi restando gli obblighi di servizio.
4. Prima dell'inizio di ogni anno scolastico, in sede di negoziazione decentrata a livello nazionale, il ministro della Pubblica istruzione presenta alle organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo recepito dal presente decreto il piano nazionale di aggiornamento per il personale appartenente alle tre aree del comparto scuola; in tale sede sa-

ranno, altresì, definiti modalità e criteri di esonero dal servizio per la partecipazione ad iniziative di aggiornamento del personale ispettivo, direttivo, amministrativo, tecnico ed ausiliario».

- Il testo dell'art. 4 della legge n. 168/1988 (Istituzione del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica) è il seguente:

«Art. 4 (*Coordinamento dell'istruzione universitaria con gli altri gradi di istruzione*)

1. Il ministro della Pubblica istruzione e il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, nelle materie di rispettiva competenza che importino problematiche interessanti i due settori di istruzione, attuano ogni opportuna forma di intesa e di collaborazione, al fine di realizzare un idoneo coordinamento tra l'istruzione universitaria e l'istruzione di ogni altro ordine e grado.
2. In particolare il ministro della Pubblica istruzione sente il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica:
  - a. sulle iniziative di aggiornamento e di specializzazione per il personale ispettivo direttivo e docente delle scuole di ogni ordine e grado, attuate in collaborazione con le università ed eventualmente con gli Istituti regionali di ricerca, sperimentazione e aggiornamento educativi (IRRSAE), i cui oneri fanno carico al bilancio del Ministero della Pubblica istruzione;
  - b. sulle iniziative per la revisione dei programmi della scuola secondaria superiore ai fini della prosecuzione della formazione in ambito universitario.
3. Il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica sente il ministro della Pubblica istruzione per tutti i problemi inerenti alla formazione, anche sotto l'aspetto pedagogico, di coloro che seguono corsi di studio universitari che prevedono sbocchi nell'insegnamento nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché per il rilascio dei relativi titoli di studio.
4. Il ministro favorisce, anche mediante lo stanziamento di appositi fondi, le iniziative delle università rivolte, nei diversi ambiti disciplinari ed eventualmente anche d'intesa con gli IRRSAE, alla preparazione all'insegnamento, allo sviluppo della ricerca ed alla sperimentazione di metodologie e tecnologie didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado. Favorisce altresì le iniziative assunte dalle università, d'intesa con organismi dell'amministrazione scolastica, per promuovere l'interscambio culturale tra università e scuola.
5. Per lo svolgimento delle attività previste dal presente articolo i ministri si avvalgono di una commissione di esperti composta da:
  - a. tre membri designati dal Consiglio nazionale della pubblica istruzione (CNPI);
  - b. tre membri designati dal CUN;
  - c. due membri designati dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL), in rappresentanza delle forze imprenditoriali e di quelle di lavoro;

- d. un rappresentante designato dal CNST;
  - e. un rappresentante degli IRRSAE designato dalla Conferenza dei presidenti;
  - f. tre esperti designati dal ministro della Pubblica istruzione;
  - g. tre esperti designati dal ministro, con esperienza in campo formativo.
6. Le disposizioni attuative del comma 5 sono dettate con decreto interministeriale».
- Il testo dell'art. 4, secondo comma, lettera l), del d.p.r. n. 416/1974 (Istituzione e riordinamento di organi collegiali di scuola materna, elementare, secondaria ed artistica) è il seguente: «Il collegio dei docenti: a)-i) (*Omissis*); l) esamina, allo scopo di individuare i mezzi per ogni possibile recupero, i casi di scarso profitto o di irregolare comportamento degli alunni, su iniziativa dei docenti della rispettiva classe e sentiti gli specialisti che operano in modo continuativo nella scuola con compiti medico, socio-psico-pedagogico e di orientamento».
  - Il testo dell'art. 4 della legge n. 341/1990 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari) è il seguente:  
«Art. 4 (*Diploma di specializzazione*)
1. Il diploma di specializzazione si consegue, successivamente alla laurea, al termine di un corso di studi di durata non inferiore a due anni finalizzato alla formazione di specialisti in settori professionali determinati, presso le scuole di specializzazione di cui al decreto del presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.
  2. Con una specifica scuola di specializzazione articolata in indirizzi, cui contribuiscono le facoltà ed i dipartimenti interessati, ed in particolare le attuali facoltà di magistero, le università provvedono alla formazione, anche attraverso attività di tirocinio didattico, degli insegnanti delle scuole secondarie, prevista dalle norme del relativo stato giuridico. L'esame finale per il conseguimento del diploma ha valore di esame di Stato ed abilita all'insegnamento per le aree disciplinari cui si riferiscono i relativi diplomi di laurea. I diplomi rilasciati dalla scuola di specializzazione costituiscono titolo di ammissione ai corrispondenti concorsi a posti di insegnamento nelle scuole secondarie.
  3. Con decreto del presidente della Repubblica, da adottare nel termine e con le modalità di cui all'articolo 3, comma 3, sono definiti la tabella della scuola di specializzazione all'insegnamento di cui al comma 2 del presente articolo, la durata dei corsi da fissare in un periodo non inferiore ad un anno ed i relativi piani di studio. Questi devono comprendere discipline finalizzate alla preparazione professionale con riferimento alle scienze dell'educazione e all'approfondimento metodologico e didattico delle aree disciplinari interessate nonché attività di tirocinio didattico obbligatorio. Con decreto del ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con il ministro della Pubblica istruzione, sono stabiliti i criteri di ammissione alla scuola di specializzazione all'insegnamento e le modalità di svolgimento dell'esame finale. Si applicano altresì le disposizioni di cui all'art. 3, commi 7 e 8.

4. Con lo stesso decreto del presidente della Repubblica di cui al comma 3 o con altro decreto adottato con le medesime modalità, di concerto altresì con i ministri di Grazia e Giustizia e per la Funzione pubblica, sono determinati i diplomi di specializzazione di cui al comma 2 che in relazione a specifici profili professionali danno titolo alla partecipazione agli esami di abilitazione per l'esercizio delle corrispondenti professioni ovvero danno titolo per l'accesso alla dirigenza nel pubblico impiego».
- Il testo dell'art. 9 della medesima legge n. 341/1990 è il seguente:  
«Art. 9 (*Ordinamento dei corsi di diploma universitario, di laurea e di specializzazione*)
  1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con uno o più decreti del presidente della Repubblica, adottati su proposta del ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, sono definiti ed aggiornati gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario, dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione e le rispettive tabelle.
  2. I decreti di cui al comma 1 sono emanati su conforme parere del CUN, il quale lo esprime uditi i comitati consultivi di cui all'art. 67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, sentiti, per le rispettive materie, i rappresentanti dei collegi e degli ordini professionali, nell'osservanza dei seguenti criteri:
    - a. devono rispettare la normativa comunitaria in materia;
    - b. devono realizzare una riduzione delle duplicazioni totali o parziali e la ricomposizione o la riconversione innovativa degli insegnamenti secondo criteri di omogeneità disciplinare, tenendo conto dei mutamenti sopravvenuti nelle aree scientifiche e professionali;
    - c. devono determinare le facoltà e la collocazione dei corsi nelle facoltà, secondo criteri di omogeneità disciplinare volti ad evitare sovrapposizioni e duplicazioni dei corsi stessi, e dettare norme per il passaggio degli studenti dal precedente al nuovo ordinamento;
    - d. devono individuare le aree disciplinari, intese come insiemi di discipline scientificamente affini raggruppate per raggiungere definiti obiettivi didattico-formativi, da includere necessariamente nei curricula didattici, che devono essere adottati dalle università, al fine di consentire la partecipazione agli esami di abilitazione per l'esercizio delle professioni o l'accesso a determinate qualifiche funzionali del pubblico impiego;
    - e. devono precisare le affinità al fine della valutazione delle equipollenze e per il conseguimento di altro diploma dello stesso o diverso livello;
    - f. devono tenere conto delle previsioni occupazionali.
  3. Con la medesima procedura si provvede alle successive modifiche ed integrazioni di quanto disciplinato dai commi 1 e 2.
  4. Il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica definisce, su conforme parere del CUN, i criteri generali per la regolamentazione dell'accesso alle scuole di specializzazione ed ai corsi per i quali sia prevista una limitazione nelle iscrizioni.

5. Fermo restando quanto disposto dall'art. 3, comma 6, e dall'art. 4, comma 4, con decreti del presidente della Repubblica adottati su proposta del ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con i ministri interessati, possono essere individuati i livelli funzionali del pubblico impiego e le attività professionali per accedere ai quali sono richiesti i titoli di studio previsti dalla presente legge.
6. Con decreto del presidente della Repubblica adottato su proposta del ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, su conforme parere del CUN, di concerto con il ministro per la Funzione pubblica, sono dichiarate le equipollenze tra i diplomi universitari e quelle tra i diplomi di laurea al fine esclusivo dell'ammissione ai pubblici concorsi per l'accesso alle qualifiche funzionali del pubblico impiego per le quali ne è prescritto il possesso).
  - Il d.p.r. n. 417/1974 contiene «Norme sullo stato giuridico del personale docente direttivo ed ispettivo della scuola materna, elementare, secondaria ed artistica dello Stato». Il d.p.r. n. 970/1975 reca: «Norme in materia di scuole aventi particolari finalità».
  - Il testo dell'art. 65 della legge n. 270/1982 (Revisione della disciplina del reclutamento del personale docente della scuola materna, elementare, secondaria ed artistica, ristrutturazione degli organici, adozione di misure idonee ad evitare la formazione di precariato e sistemazione del personale precario esistente) è il seguente:

«Art. 65 (*Validità dei titoli di specializzazione conseguiti in base a norme vigenti prima dell'entrata in vigore del decreto del presidente della Repubblica 31 ottobre 1975, n. 970*)

- La validità dei titoli di specializzazione di cui all'ultimo comma dell'art. 8 del decreto del presidente della Repubblica 31 ottobre 1975, n. 970, è estesa anche ai fini delle immissioni in ruolo previste dalla legge 9 agosto 1978, n. 463, e delle immissioni in ruolo previste dalla presente legge. Sono ritenuti validi altresì quali titoli di specializzazione i titoli conseguiti in base a norme vigenti prima della data di entrata in vigore del decreto del presidente della Repubblica 31 ottobre 1975, n. 970, anche se il loro conseguimento abbia avuto luogo dopo tale data, purché a seguito di corsi indetti prima della data medesima».

**Nota all'art. 15:**

- Il testo dell'art. 14, decimo comma, della legge n. 270/1982 già citata in nota all'art. 14 è il seguente: «l'utilizzazione può essere disposta per programmi di ricerca o per iniziativa nel campo educativo scolastico, ritenuti di rilevante interesse per la scuola, da concordarsi con l'istituzione interessata e secondo le modalità e criteri stabiliti dal ministro della Pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale della pubblica istruzione».

**Note all'art. 17:**

- Il testo dell'art. 3, primo comma, lettere l) e m), della legge n. 845/1978 (Legge qua-

dro in materia di formazione professionale) è il seguente: «Le Regioni esercitano, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, la potestà legislativa in materia di orientamento e di formazione professionale in conformità ai seguenti principi:

a-i (*Omissis*);

- l. realizzare a favore degli allievi un sistema di servizi che garantisca il diritto alla formazione, rimuovendo gli ostacoli di ordine economico e sociale che condizionano le possibilità di frequentare i corsi;
  - m. promuovere, avvalendosi delle strutture territoriali competenti, idonei interventi di assistenza psico-pedagogica, tecnica e sanitaria nei confronti degli allievi affetti da disturbi del comportamento o da menomazioni fisiche o sensoriali, al fine di assicurarne il completo inserimento nell'attività formativa e favorirne l'integrazione sociale».
- Il testo dell'art. 8, primo comma, lettere g) ed h), della stessa legge n. 845/1978, è il seguente: «Le Regioni attuano di norma iniziative formative dirette: a)-f) (*Omissis*); g) alla rieducazione professionale di lavoratori divenuti invalidi a causa di infortunio o malattia; h) alla formazione di soggetti portatori di menomazioni fisiche o sensoriali che non risultino atti a frequentare i corsi normali».

- Il testo dell'art. 5 della medesima legge n. 845/1978 è il seguente:

«Art. 5 (*Organizzazione delle attività*) - Le Regioni, in conformità a quanto previsto dai programmi regionali di sviluppo, predispongono programmi pluriennali e piani annuali di attuazione per le attività di formazione professionale.

L'attuazione dei programmi e dei piani così predisposti è realizzata:

- a. direttamente nelle strutture pubbliche, che devono essere interamente utilizzate, anche operando, ove sia necessario, il loro adeguamento strutturale e funzionale agli obiettivi del piano;
- b. mediante convenzione, nelle strutture di enti che siano emanazione o delle organizzazioni democratiche e nazionali dei lavoratori dipendenti, dei lavoratori autonomi, degli imprenditori o di associazioni con finalità formative e sociali, o di imprese e loro consorzi, o del movimento cooperativo.

Gli enti di cui alla lettera b) del comma precedente devono possedere, per essere ammessi al finanziamento, i seguenti requisiti:

1. avere come fine la formazione professionale;
2. disporre di strutture, capacità organizzativa e attrezzature idonee;
3. non perseguire scopi di lucro;
4. garantire il controllo sociale delle attività;
5. applicare per il personale il contratto nazionale di lavoro di categoria;
6. rendere pubblico il bilancio annuale per ciascun centro di attività;
7. accettare il controllo della Regione, che può effettuarsi anche mediante ispezioni, sul corretto utilizzo dei finanziamenti erogati.

Le Regioni possono altresì stipulare convenzioni con imprese o loro consorzi per la realizzazione di corsi di formazione, aggiornamento riqualificazione e riconversione, nel rispetto di quanto stabilito ai numeri 2) e 7) del comma precedente.

Le convenzioni di cui al presente articolo sono esenti da ogni tipo di imposta o tassa. Fino all'entrata in vigore del nuovo ordinamento degli enti locali, le convenzioni di cui al presente articolo sono stipulate dalle Regioni».

- Il testo dell'art. 8 della legge n. 281/1970 (Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario) è il seguente:

«Art. 8 (*Partecipazione al gettito di imposte erariali*) - Nello stato di previsione della spesa del Ministero del Tesoro è istituito un fondo il cui ammontare è commisurato al gettito annuale dei seguenti tributi erariali nelle quote sotto indicate:

- a. il 15 per cento dell'imposta di fabbricazione sugli oli minerali, loro derivati e prodotti analoghi;
- b. il 75 per cento dell'imposta di fabbricazione e dei diritti erariali sugli spiriti;
- c. il 75 per cento dell'imposta di fabbricazione sulla birra;
- d. il 75 per cento delle imposte di fabbricazione sullo zucchero, sul glucosio, maltosio e analoghe materie zuccherine;
- e. il 75 per cento dell'imposta di fabbricazione sui gas incondensabili di prodotti petroliferi e sui gas resi liquidi con la compressione;
- f. il 25 per cento dell'imposta erariale sul consumo dei tabacchi.

Le quote suindicate sono commisurate all'ammontare complessivo dei versamenti in conto competenza e residui, relativi al territorio delle Regioni a statuto ordinario ed affluiti alle sezioni di tesoreria provinciale dello Stato nel penultimo anno finanziario antecedente a quello di devoluzione, al netto dei rimborsi per qualsiasi causa effettuati nel medesimo anno.

Sono riservati allo Stato i proventi derivanti da maggiorazioni di aliquote o altre modificazioni dei tributi di cui sopra, che siano disposte successivamente alla entrata in vigore della presente legge, quando siano destinati per legge alla copertura di nuove o maggiori spese a carico del bilancio statale.

La percentuale del gettito complessivo del tributo, attribuibile alle modificazioni e maggiorazioni di aliquote previste dal precedente comma, è determinata con la legge di bilancio.

Il fondo comune è ripartito fra le Regioni a statuto ordinario con decreto del ministro per il Tesoro di concerto con quello per le Finanze nel modo seguente:

- g. per i sei decimi, in proporzione diretta alla popolazione residente in ciascuna Regione, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica relativi al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione;
- h. per un decimo in proporzione diretta alla superficie di ciascuna Regione, quale risulta

dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica relativi al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione;

- i. per i tre decimi, fra le Regioni in base ai seguenti requisiti:
- tasso di emigrazione al di fuori del territorio regionale, relativo al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica;
  - grado di disoccupazione, relativo al penultimo anno antecedente a quello della devoluzione, quale risulta dal numero degli iscritti nelle liste di collocamento appartenenti alla prima e seconda classe, secondo i dati ufficiali rilevati dal Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale;
  - carico pro capite dell'imposta complementare progressiva sul reddito complessivo posta in riscossione mediante ruoli nel penultimo anno antecedente a quello della devoluzione, quale risulta dai dati ufficiali pubblicati dal Ministero delle Finanze. Con l'entrata in vigore dei provvedimenti di attuazione della riforma tributaria, il carico pro capite sarà riferito ad altra imposta corrispondente.

La determinazione delle somme spettanti alle Regioni sui tre decimi del fondo è fatta in ragione diretta della popolazione residente, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica, relativa al penultimo anno antecedente a quello della ripartizione, nonché in base alla somma dei punteggi assegnati a ciascun requisito nella tabella annessa alla presente legge.

Al pagamento delle somme spettanti alle Regioni, il Ministero del Tesoro provvede bimestralmente con mandati diretti intestati a ciascuna Regione.

Con successiva legge, da emanarsi non appena l'Istituto centrale di statistica abbia elaborato e pubblicato i dati relativi alla distribuzione regionale del reddito nazionale e comunque non oltre i due anni, saranno riveduti i criteri di ripartizione del fondo comune di cui alla lettera C) del quinto comma del presente articolo, osservando il principio di una perequazione in ragione inversamente proporzionale al reddito medio pro capite di ciascuna Regione».

***Nota all'art. 18:***

- Il Capo II del Titolo II del Libro I del Codice civile contiene la disciplina in materia di associazioni e fondazioni.

***Nota all'art. 19:***

- La legge n. 482/1968 reca norme in tema di «Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private».

***Nota all'art. 21:***

- Le categorie prima, seconda e terza della tabella A annessa alla legge n. 648/1950

(Riordinamento delle disposizioni sulle pensioni di guerra), comprendono le seguenti minorazioni:

«TABELLA A

*Lesioni ed infermità che danno diritto a pensione vitalizia o ad assegno rinnovabile*

*Prima categoria*

1. La perdita dei quattro arti, fino al limite della perdita totale delle due mani e dei due piedi insieme.
2. La perdita dei tre arti, e quella totale delle due mani e di un piede insieme.
3. Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi, che abbiano prodotto cecità bilaterale, assoluta e permanente.
4. Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi con tale riduzione della acuità visiva da permettere appena il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino.
5. Le alterazioni organiche e irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con l'acuità visiva dell'altro ridotto tra 1/50 e 1/25 della normale (Vedansi avvertenze alle tabelle A e B - o).
6. La perdita di ambo gli arti superiori, fino al limite della perdita totale delle due mani.
7. Tutte le alterazioni delle facoltà mentali (schizofrenia e sindromi schizofreniche, demenza paralitica, demenze traumatiche, demenza epilettica, distimie gravi, ecc.), che rendano l'individuo incapace a qualsiasi attività.
8. Le lesioni del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) con conseguenze gravi e permanenti di grado tale da portare, o isolatamente o nel loro complesso, profondi ed irreparabili perturbamenti alle funzioni più necessarie alla vita organica e sociale.
9. La perdita di ambo gli arti inferiori (disarticolazione o amputazione delle cosce).
10. La perdita di due arti, superiore ed inferiore dello stesso lato (disarticolazione o amputazione del braccio e della coscia).
11. La perdita di un arto inferiore e di uno superiore non dello stesso lato (disarticolazione o amputazione del braccio e della coscia).
12. La perdita totale di una mano e di due piedi.
13. Le perdite totale di una mano e di un piede.
14. La perdita totale di tutte le dita delle due mani, ovvero la perdita totale di due pollici e di altre sette o sei dita.
15. La perdita totale di un pollice e di altre otto dita delle mani.
16. La perdita totale delle cinque dita di una mano e delle prime due dell'altra mano.
17. La perdita totale di ambo i piedi.
18. Le cachessie ed il marasma dimostratisi ribelli a cura.

19. Le alterazioni polmonari ed extra polmonari di natura tubercolare e tutte le altre infermità e le lesioni organiche e funzionali permanenti e gravi al punto da determinare una assoluta incapacità a proficuo lavoro.
20. Le distruzioni di ossa della faccia, specie dei mascellari, e tutti gli altri esiti di lesioni gravi della faccia stessa e della bocca tali da determinare un grave ostacolo alla masticazione e alla deglutizione e da costringere a speciale alimentazione con conseguente notevole deperimento organico.
21. L'anchilosi temporo-mascellare permanente e completa.
22. Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del collo e del tronco, quando per sede e volume, o grado di evoluzione, determinano assoluta incapacità lavorativa o imminente pericolo di vita.
23. L'ano preternaturale.
24. La perdita totale anatomica di sei dita delle mani, compresi anche i pollici e gli indici, o la perdita totale anatomica di otto dita delle mani, compreso o non uno dei pollici.
25. La disarticolazione di un'anca e l'anchilosi completa della stessa, se unita a grave alterazione funzionale del ginocchio corrispondente.
26. L'amputazione di una coscia o gamba con moncone residuo tale da non permettere in modo assoluto e permanente l'applicazione dell'apparecchio protesico.
27. Sordità bilaterale organica assoluta e permanente, quando si accompagna alla perdita o a disturbi gravi e permanenti della favella.

#### *Seconda categoria*

1. Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi, tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare fra 1/50 ed 1/25 della normale.
2. La sordità bilaterale organica assoluta e permanente (Vedansi avvertenze alle tabelle A e B - d).
3. Le distruzioni di ossa della faccia, specie dei mascellari e tutti gli altri esiti di lesioni gravi della faccia stessa e della bocca tali da ostacolare la masticazione, la deglutizione o la favella, oppure da apportare notevoli deformità, nonostante la protesi.
4. L'anchilosi temporo-mascellare incompleta, ma grave e permanente con notevole ostacolo alla masticazione.
5. Le lesioni gravi e permanenti dell'apparecchio respiratorio, o di altri apparecchi e sistemi organici, determinate dall'azione di gas o di vapori comunque nocivi.
6. Tutte le altre lesioni od affezioni organiche della laringe, della trachea e dei polmoni, che arrechino grave e permanente dissesto alla funzione respiratoria.
7. Le gravi malattie del cuore con sintomi palesi di scompenso, e le gravi e permanenti affezioni del pericardio, quando per la loro gravità non siano da ascrivere al numero 19 della prima categoria.

8. Le affezioni polmonari ed extra polmonari di natura tubercolare accertate clinicamente, o radiologicamente o batteriologicamente, o con tutti i convenienti mezzi scientifici, che per la loro gravità non siano tali da doversi ascrivere alla prima categoria (Vedansi avvertenze alle tabelle A e B - e).
9. Le lesioni od affezioni del tubo gastroenterico e delle glandole annesse con grave e permanente deperimento della costituzione.
10. Le lesioni ed affezioni del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale), che abbiano prodotto afasia od altre conseguenze gravi e permanenti, ma non tali da raggiungere il grado specificato ai numeri 7 e 8 della prima categoria.
11. L'immobilità del capo in completa flessione od estensione da causa inamovibile, oppure la rigidità totale e permanente, o l'incurvamento notevole permanente della colonna vertebrale.
12. Le paralisi permanenti, sia di origine centrale, che periferiche, interessanti i muscoli o gruppi muscolari, che presiedono a funzioni essenziali della vita, e che per i caratteri e la durata si giudicano inguaribili.
13. Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del tronco e del collo, quando per la loro gravità non debbano ascriversi al numero 22 della prima categoria.
14. Le lesioni ed affezioni gravi e permanenti degli organi emopoietici.
15. Le lesioni ed affezioni gravi e permanenti dell'apparecchio genito-urinario.
16. La evirazione (perdita completa del pene e dei testicoli).
17. La incontinenza delle feci grave e permanente, da lesione organica, la fistola rettovesicale, la fistola uretrale posteriore e le fistole epatica, pancreatica, splenica, gastrica ed intestinale ribelli ad ogni cura.
18. L'artrite cronica che, per la molteplicità e l'importanza delle articolazioni colpite, abbia menomato gravemente la funzione di due o più arti.
19. La perdita del braccio o avambraccio destro sopra il terzo inferiore (Vedansi avvertenze alle tabelle A e B - b).
20. La perdita totale delle cinque dita della mano destra e di due delle ultime quattro dita della mano sinistra (Vedansi avvertenze alle tabelle A e B - b).
21. La perdita di una coscia a qualunque altezza.
22. L'anchilosi completa dell'anca o quella in flessione del ginocchio.
23. L'amputazione medio tarsica, o la sotto-astragala, dei due piedi.

#### *Terza categoria*

1. Le alterazioni organiche e irreparabili di un occhio che abbiano prodotta cecità assoluta e permanente con l'acutezza visiva dell'altro ridotta da meno di 1/25 a 1/12 della normale.
2. Le vertigini labirintiche gravi e permanenti (Vedansi avvertenze alle tabelle A e B - d).

3. La perdita della lingua o le lesioni gravi e permanenti di essa, tali da ostacolare notevolmente la favella e la deglutizione.
4. La perdita o i disturbi gravi e permanenti della favella.
5. La perdita del braccio o dell'avambraccio sinistro (disarticolazione od amputazione, sopra il terzo inferiore dell'uno o dell'altro).
6. La perdita totale della mano destra, o la perdita totale delle dita di essa.
7. La perdita totale di cinque dita, fra le due mani, compresi ambo i pollici.
8. La perdita totale delle cinque dita della mano sinistra, insieme con quella di due delle ultime quattro dita della mano destra.
9. La perdita totale del pollice e dell'indice delle due mani.
10. La perdita totale di un pollice insieme con quella di un indice e di altre quattro dita fra le due mani con integrità dell'altro pollice.
11. La perdita totale di ambo gli indici e di altre cinque dita fra le due mani, che non siano i pollici.
12. La perdita di una gamba sopra il terzo inferiore.
13. La perdita totale o quasi del pene.
14. La perdita di ambo i testicoli.
15. L'anchilosi totale della spalla destra in posizione viziata e non parallela all'asse del corpo».

**Note all'art. 24:**

- I riferimenti relativi alla legge n. 13/1989 sono stati già riportati in nota all'art. 23.
  - La legge n. 118/1971 converte in legge il d.l. 30 gennaio 1971, n. 5, e reca nuove norme in favore di mutilati ed invalidi civili.
  - Il d.p.r. n. 384/1978 approva il regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118, a favore dei mutilati ed invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici.
  - Per i riferimenti alla legge n. 13/1989 e al d.m. 14 giugno 1989, n. 236, si rinvia alla nota all'art. 23.
  - La legge n. 89/1939 contiene norme sulla «Tutela delle cose di interesse artistico o storico».
  - La legge n. 1497/1939, reca norme sulla «Protezione delle bellezze naturali».
  - Il testo degli articoli 4 e 5 della legge n. 13/1989 (per i cui riferimenti si rinvia alla nota dell'art. 23) è il seguente:  
«Art. 4
1. Per gli interventi di cui all'art. 2, ove l'immobile sia soggetto al vincolo di cui all'articolo 1 della legge 29 giugno 1939, n. 1497, le Regioni, le autorità da esse subdelegate, competenti al rilascio dell'autorizzazione di cui all'articolo 7 della citata legge,

provvedono entro il termine perentorio di novanta giorni dalla presentazione della domanda, anche impartendo, ove necessario, apposite prescrizioni.

2. La mancata pronuncia nel termine di cui al comma 1 equivale ad assenso.
3. In caso di diniego, gli interessati possono, entro i trenta giorni successivi, richiedere l'autorizzazione al ministro per i Beni culturali e ambientali, che deve pronunciarsi entro centoventi giorni dalla data di ricevimento della richiesta.
4. L'autorizzazione può essere negata solo ove non sia possibile realizzare le opere senza serio pregiudizio del bene tutelato.
5. Il diniego deve essere motivato con la specificazione della natura e della serietà del pregiudizio, della sua rilevanza in rapporto al complesso in cui l'opera si colloca e con riferimento a tutte le alternative eventualmente prospettate dall'interessato.

«Art. 5

1. Nel caso in cui per l'immobile sia stata effettuata la notifica ai sensi dell'art. 2 della legge 10 giugno 1939, n. 1089, sulla domanda di autorizzazione prevista dall'articolo 13 della predetta legge la competente soprintendenza è tenuta a provvedere entro centoventi giorni dalla presentazione della domanda, anche impartendo, ove necessario, apposite prescrizioni. Si applicano le disposizioni di cui all'art. 4, commi 2, 4 e 5.
- Il testo dell'art. 7 del d.p.r. n. 164/1956, recante: «Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni», è il seguente:  
«Art. 7 (*Idoneità delle opere provvisionali*) - Le opere provvisionali devono essere allestite con buon materiale ed a regola d'arte, proporzionate ed idonee allo scopo; esse devono essere conservate in efficienza per la intera durata del lavoro.  
Prima di reimpiegare elementi di ponteggi di qualsiasi tipo si deve provvedere alla loro revisione per eliminare quelli non ritenuti più idonei».
  - Il testo del terzo comma dell'art. 15 della legge n. 47/1985 che reca: «Norme in materia di controllo dell'attività urbanistico-edilizia, sanzioni, recupero e sanatoria delle opere abusive» è il seguente: «L'approvazione della variante deve comunque essere richiesta prima della dichiarazione di ultimazione dei lavori».
  - Il testo del secondo comma dell'art. 26 della predetta legge n. 47/1985 è il seguente: «Nei casi di cui al comma precedente, contestualmente all'inizio dei lavori, il proprietario dell'unità immobiliare deve presentare al sindaco una relazione, a firma di un professionista abilitato alla progettazione, che asseveri le opere da compiersi e il rispetto delle norme di sicurezza e delle norme igienico-sanitarie vigenti».
  - Il testo dell'art. 32, comma 20, della legge n. 41/1986 (Legge finanziaria 1986) è il seguente: «20. Non possono essere approvati progetti di costruzione o ristrutturazione di opere pubbliche che non siano conformi alle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, in materia di superamento delle barriere architettoniche. Non possono altresì essere erogati dallo Stato o da altri enti pubblici

contributi o agevolazioni per la realizzazione di progetti in contrasto con le norme di cui al medesimo decreto».

- Il testo dell'art. 3 della legge n. 457/1978 (Norme per l'edilizia residenziale) è il seguente:

«Art. 3 (*Competenze del Comitato per l'edilizia residenziale*) - Il Comitato per l'edilizia residenziale, sulla base degli indirizzi programmatici indicati dal CIPE:

- a. predispose il piano decennale, i programmi quadriennali e le eventuali revisioni;
- b. provvede alla ripartizione dei fondi tra le Regioni;
- c. indica i criteri generali per la scelta delle categorie degli operatori, in modo da garantire una equilibrata distribuzione dei contributi fra le diverse categorie interessate e programmi articolati in relazione alle varie forme di intervento;
- d. adotta le opportune determinazioni in ordine alle modalità di erogazione dei flussi finanziari;
- e. effettua periodiche verifiche sulla attuazione dei programmi, con particolare riguardo alla utilizzazione dei finanziamenti e al rispetto dei costi di costruzione consentiti;
- f. effettua la raccolta e la elaborazione dei dati relativi all'edilizia residenziale con particolare riguardo alle determinazioni del fabbisogno abitativo;
- g. propone al CIPE i criteri per l'assegnazione e per la fissazione dei canoni delle abitazioni di edilizia residenziale pubblica;
- h. promuove e coordina, a livello nazionale, la formazione e la gestione dell'anagrafe degli assegnatari di abitazione di edilizia residenziale comunque fruente del contributo dello Stato;
- i. determina le linee generali per gli indirizzi tecnici;
- l. determina le modalità per il finanziamento, l'affidamento e la realizzazione, da effettuarsi anche direttamente da parte delle Regioni, dei programmi di cui al precedente articolo 2, lettera f);
- m. determina le modalità per l'espletamento di concorsi, da effettuarsi anche direttamente da parte delle Regioni, per l'abilitazione preventiva, sulla base dei requisiti di qualità e di costo predeterminati, di prodotti e materiali da porre a disposizione dei soggetti che attuano i programmi;
- n. stabilisce periodicamente i limiti massimi, che le Regioni devono osservare nella determinazione dei costi ammissibili per gli interventi;
- o. propone al CIPE la revisione, ai sensi del secondo comma dell'articolo 19 e del secondo comma dell'articolo 20, della misura dei tassi e dei limiti di reddito per gli interventi di edilizia residenziale assistita dal contributo dello Stato, sulla base dell'andamento dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, quale risulta dalle determinazioni dell'ISTAT, nonché la misura dell'aggiornamento previsto dal secondo comma dell'articolo 16;

- p. redige una relazione annuale, anche ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1 della legge 20 luglio 1977, n. 407, sullo stato di attuazione dei programmi di edilizia residenziale e sulle previsioni di intervento;
- q. riserva il due per cento dei finanziamenti complessivi per sopperire con interventi straordinari nel settore dell'edilizia residenziale alle esigenze più urgenti, anche in relazione a pubbliche calamità;
- r. propone al Comitato interministeriale per il credito e risparmio i criteri e le direttive cui gli istituti di credito fondiario e la Cassa depositi e prestiti dovranno attenersi nella concessione dei finanziamenti da destinare ai programmi di cui alla lettera c) dell'articolo 2 (2/b).

Il Comitato per l'edilizia residenziale determina i criteri e le modalità di impiego, anche in deroga alle vigenti norme sulla contabilità generale dello Stato e sulle opere di conto dello Stato, dei finanziamenti previsti dalla lettera f) del precedente art. 2 e di quelli destinati ad interventi straordinari di cui al punto q) del presente articolo.

Le deliberazioni del Comitato per l'edilizia residenziale, ad eccezione di quelle relative all'esercizio di funzioni consultive, sono rese esecutive con provvedimento del suo presidente».

- Il testo dell'art. 32, comma 21, della legge n. 41/1986 già citata è il seguente: «21. Per gli edifici pubblici già esistenti non ancora adeguati alle prescrizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, numero 384 (139), dovranno essere adottati da parte delle amministrazioni competenti piani di eliminazione delle barriere architettoniche entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge».

**Note all'art. 26:**

- Il testo dell'art. 27 della legge n. 142/1990 già citata è stato riportato in nota all'art. 5.
- Il testo dell'art. 20 del d.p.r. n. 384/1978, già citato in nota all'art. 24, è il seguente:

«Art. 20 (*Treni, stazioni, ferrovie*) – Le principali stazioni ferroviarie dovranno essere dotate di passerelle, rampe mobili o altri idonei mezzi di elevazione al fine di facilitare l'accesso al treno alle persone con difficoltà di deambulazione.

Per consentire lo stazionamento dell'invalide in carrozzella all'interno delle carrozze ferroviarie dovrà essere opportunamente modificato ed attrezzato un adeguato numero di carrozze da porre in composizione di alcuni treni in circolazione sulle linee principali.

In ogni caso dovrà essere riservato un numero adeguato di posti a sedere per le persone non deambolanti o con difficoltà di deambulazione e dovrà essere consentito il trasporto gratuito delle carrozzelle.

Il Ministero dei Trasporti stabilirà le modalità ed i criteri di attuazione delle norme di cui al presente articolo».

**Note all'art. 27:**

- Il testo vigente dell'art. 1 della legge n. 97/1986 (Disposizioni per l'assoggettamento all'imposta sul valore aggiunto con aliquota ridotta per i veicoli adattati agli invalidi), come modificato dall'art. 27 della legge qui pubblicata, è il seguente:

«Art. 1

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, le cessioni e le importazioni di veicoli di cilindrata fino a 2.000 centimetri cubici, se con motore a benzina, e a 2.500 centimetri cubici, se con motore Diesel, adattati ad invalidi per ridotte o impedito capacità motorie, anche prodotti in serie, sono assoggettate all'imposta sul valore aggiunto con l'aliquota del 2 per cento.
  2. L'aliquota di cui al comma precedente si applica anche agli acquisti e alle importazioni successivi di un veicolo del medesimo tipo di quello acquistato o importato in precedenza con l'aliquota ridotta, a condizione che siano trascorsi almeno quattro anni dalla data dell'acquisto o della importazione precedente. La condizione non opera nel caso in cui dal Pubblico registro automobilistico risulti che il veicolo acquistato o importato con l'aliquota ridotta entro il periodo suindicato è stato cancellato da detto registro a norma dell'articolo 61 del decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393.
- 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».
- Il testo dell'art. 81, comma 9, del Testo unico delle norme sulla circolazione stradale, approvato con d.p.r. n. 393/1959, come sostituito dall'art. 4, comma 1, del d.p.r. n. 111/1988, è il seguente: «9. Il decreto di cui al comma 8 è emanato previo parere, per gli aspetti relativi ai portatori di handicap, di un apposito comitato tecnico istituito con decreto del ministro dei Trasporti, di concerto con il ministro della Sanità. Il Comitato ha anche il compito di fornire alle commissioni mediche-locali, informazioni sul continuo progresso tecnico-scientifico che ha riflessi sulla guida di veicoli a motore da parte dei portatori di handicap».

**Nota all'art. 28:**

- Il testo dell'art. 6 del d.p.r. n. 384/1978 già citato in nota all'art. 24 è il seguente:  
«Art. 6 (*Contrassegno speciale*) - Ai minorati fisici con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte è rilasciato dai Comuni, a seguito di apposita documentata istanza (anche tramite le associazioni di categoria legalmente riconosciute), uno speciale con-

trassegno che deve essere apposto sulla parte anteriore del veicolo per poter esercitare la facoltà di cui al precedente articolo. Il prototipo di tale contrassegno, che deve contenere appositi spazi per l'indicazione a caratteri indelebili delle generalità e del domicilio del minorato, sarà predisposto ed approvato con decreto del ministro dei Lavori pubblici di concerto con quello dei Trasporti entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Il contrassegno è valido per tutto il territorio nazionale».

**Nota all'art. 29:**

- Il testo dell'art. 1 della legge n. 15/1991 (Norme intese a favorire la votazione degli elettori non deambulanti) è il seguente:

«Art. 1.

1. In attesa che sia data piena applicazione alle norme in materia di eliminazione delle barriere architettoniche, che sono di ostacolo alla partecipazione al voto degli elettori non deambulanti gli elettori stessi, quando la sede della sezione alla quale sono iscritti non è accessibile mediante sedia a ruote, possono esercitare il diritto di voto in altra sezione del Comune, che sia allocata in sede già esente da barriere architettoniche e che abbia le caratteristiche di cui all'articolo 2, previa esibizione, unitamente al certificato elettorale, di attestazione medica rilasciata dall'unità sanitaria locale.
2. Nei Comuni ripartiti in più collegi senatoriali o più collegi provinciali per l'elezione, rispettivamente, del Senato della Repubblica o del consiglio provinciale e nei Comuni nei quali si svolge l'elezione dei consigli circoscrizionali, la sezione scelta dall'elettore non deambulante per la votazione deve appartenere, nell'ambito territoriale comunale, al medesimo collegio, senatoriale o provinciale, o alla medesima circoscrizione, nei quali è compresa la sezione nelle cui liste l'elettore stesso è iscritto.
3. Per tutte le altre consultazioni elettorali, l'elettore non deambulante può votare in qualsiasi sezione elettorale del Comune.
4. Gli elettori di cui al comma 1 sono iscritti, a cura del presidente del seggio presso il quale votano, in calce alla lista della sezione e di essi è presa nota nel verbale dell'ufficio.
5. I certificati di cui al comma 1 devono essere rilasciati gratuitamente ed in esenzione da qualsiasi diritto od applicazione di marche e vengono allegati al verbale dell'ufficio elettorale».

**Nota all'art. 31:**

- Il testo dell'art. 3, primo comma, della legge n. 457/1978 già citata in nota all'art. 24, con l'aggiunta della lettera *r-bis*) operata dalla legge qui pubblicata, è il seguente: «Il Comitato per l'edilizia residenziale, sulla base degli indirizzi programmatici indicati dal CIPE:

a), r) (*Omissis*);

*r-bis*) dispone una riserva di finanziamenti complessivi per la concessione di contributi in conto capitale a Comuni, istituiti 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».

**Nota all'art. 34:**

- Il testo dell'art. 26, terzo comma, della legge n. 833/1978 già citata è il seguente: «Con decreto del ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore tariffario delle protesi e i criteri per la sua revisione periodica».

**Nota all'art. 35:**

- Per i riferimenti relativi alla legge n. 184/1983 si rinvia alla nota all'art. 10.

**Nota all'art. 38:**

- Il testo dell'art. 26 della legge n. 833/1978 già citata è il seguente: «Art. 26 (*Prestazioni di riabilitazione*). Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3.

Con decreto del ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tariffario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica».

**Nota all'art. 40:**

- Il testo dell'art. 4 della legge n. 142/1990 già citata nella nota all'art. 5 è il seguente:  
«Art. 4 (*Statuti comunali e provinciali*)
  1. I Comuni e le Province adottano il proprio statuto.
  2. Lo statuto, nell'ambito dei principi fissati dalla legge, stabilisce le norme fondamentali per l'organizzazione dell'ente ed in particolare determina le attribuzioni degli organi, l'ordinamento degli uffici e dei servizi pubblici, le forme della collaborazione fra

Comuni e Province, della partecipazione popolare, del decentramento, dell'accesso dei cittadini alle informazioni ed ai procedimenti amministrativi.

3. Gli statuti sono deliberati dai rispettivi consigli con il voto favorevole dei due terzi dei consiglieri assegnati. Qualora tale maggioranza non venga raggiunta, la votazione è ripetuta in successive sedute da tenersi entro trenta giorni e lo statuto è approvato se ottiene per due volte il voto favorevole della maggioranza assoluta dei consiglieri assegnati. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche alle modifiche statutarie.
4. Dopo l'espletamento del controllo da parte del competente organo regionale, lo statuto è pubblicato nel Bollettino ufficiale della Regione, affisso all'albo pretorio dell'ente per trenta giorni consecutivi ed inviato al Ministero dell'Interno per essere inserito nella raccolta ufficiale degli statuti. Lo statuto entra in vigore il trentesimo giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione».

**Nota all'art. 42:**

- Per il testo dell'art. 12 della legge n. 400/1988 si veda in nota all'art. 8.

**Nota all'art. 43:**

- L'art. 230 del Testo unico delle leggi e delle norme giuridiche, emanate in virtù dell'art. 1, n. 3 della legge 31 gennaio 1926, n. 100, sull'istruzione elementare, post elementare, e sulle sue opere di integrazione, approvato con r.d. n. 576/1928, riguardava l'affidamento alle facoltà mediche del Regno del compito di promuovere gli studi di morfologia, psicologia, nonché l'affidamento al Ministero della Pubblica istruzione dell'assistenza e dell'istruzione dei fanciulli con handicap.
- L'art. 415 del regolamento generale sui servizi dell'istruzione elementare, approvato con r.d. n. 1297/1928, riguardava l'allontanamento definitivo dell'alunno con problemi psichici dalle normali classi e la sua assegnazione a classi differenziali.
- Il testo dei commi secondo e terzo dell'art. 28 della legge n. 118/1971 già citata, era il seguente:
  - «– L'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, salvi i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali.
  - Sarà facilitata, inoltre, la frequenza degli invalidi e mutilati civili alle scuole medie superiori ed universitarie».

**Aggiornamenti**

Il d.l. 26 agosto 1992, n. 368 (in G.U. 27/8/1992 n. 201), non convertito in legge

(G.U. 27/10/1992 n. 253) aveva disposto (con l'art. 2) l'interpretazione dell'art. 12, comma 5.

Il d.l. 26 ottobre 1992, n. 418 (in G.U. 27/10/1992 n. 253), non convertito in legge (G.U. 28/12/1992, n. 303) aveva disposto (con l'art. 2) la modifica dell'art. 12, comma 5.

La Corte costituzionale, con sentenza 21-29 ottobre 1992, n. 406 (in G.U. 1a s.s. 4/11/1992 n. 46), ha dichiarato la illegittimità costituzionale parziale dell'art. 41, sesto comma.

Il d.l. 30 dicembre 1992, n. 510 (in G.U. 31/12/1992 n. 306), non convertito in legge (G.U. 2/3/1993, n. 50) aveva disposto (con l'art. 2) la modifica dell'art. 12, comma 5.

Il d.l. 2 marzo 1993, n. 45 (in G.U. 2/3/1993 n. 50), non convertito in legge (G.U. 3/5/1993, n. 101), aveva disposto (con l'art. 2) la modifica dell'art. 12, comma 5.

Il d.l. 28 aprile 1993, n. 128 (in G.U. 29/4/1993 n. 99), non convertito in legge (G.U. 28/6/1993, n. 149) aveva disposto (con l'art. 2) l'interpretazione dell'art. 12, comma 5.

Il d.l. 7 giugno 1993, n. 181 (in G.U. 8/6/1993 n. 132), non convertito in legge (G.U. 9/8/1993, n. 181) aveva disposto (con l'art. 9) la modifica dell'art. 23, comma 3.

Il d.l. 28 giugno 1993, n. 209 (in G.U. 28/6/1993 n. 149), non convertito in legge (G.U. 28/8/1993 n. 202) aveva disposto (con l'art. 2) l'interpretazione dell'art. 12, comma 5.

Il d.l. 27 agosto 1993, n. 324 (in G.U. 28/8/1993 n. 202), nel testo introdotto dalla legge di conversione 27 ottobre 1993, n. 423 (in G.U. 27/10/1993, n. 253), ha disposto (con l'art. 2) l'interpretazione dell'art. 12, comma 5 e la modifica degli articoli 4 e 33, comma 3.

La l. 24 dicembre 1993, n. 537 (in S.O. n. 121 relativo alla G.U. 28/12/1993 n. 303) ha modificato (con l'art. 3) l'art. 33.

Il d.p.r. 20 aprile 1994, n. 373 (in G.U. 15/6/1994 n. 138) ha modificato (con l'art. 12) l'art. 41.

Il d.l. 31 maggio 1994, n. 330 (in G.U. 1/6/1994 n. 126) convertito in legge 27 luglio 1994, n. 473 ha abrogato (con l'art. 2) l'art. 32.

La l. 15 febbraio 1996, n. 66 (in G.U. 20/2/1996, n. 43) (con l'art. 17) ha modificato l'art. 36, comma 1.

Il d.l. 21 ottobre 1996, n. 535 (in G.U. 22/10/1996 n. 248) convertito in l. 23 dicembre 1996, n. 647 (G.U. 28/12/1996, n. 303) (con l'art. 16) ha modificato l'art. 23, comma 3.

La l. 21 maggio 1998, n. 162 (in G.U. 29/05/1998 n. 123) ha modificato (con l'articolo 1) gli artt. 10 e 39, ed ha inserito gli articoli *41-bis* e *41-ter*.

La l. 28 gennaio 1999, n. 17 (in G.U. 2/2/1999, n. 26) ha disposto (con l'art. 1) la modifica degli artt. 13 e 16.

La l. 30 aprile 1999, n. 136 (in S.O. n. 97/L relativo alla G.U. 18/5/1999, n. 114) ha disposto (con l'art. 14) la modifica dell'art. 31.

La l. 8 marzo 2000, n. 53 (in G.U. 13/3/2000, n. 60) ha disposto (con gli artt. 19 e 20) la modifica dell'art. 33.

Il d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (in S.O. n. 93/L relativo alla G.U. 26/4/2001, n. 96), ha disposto (con l'art. 86) l'abrogazione parziale dell'art. 33.

MODULARI  
SANITÀ 5



17 NOV. 1998<sup>10</sup>

*Ministero della Sanità*  
Dipartimento della Prevenzione  
Ufficio IV

Agli Assessorati alla Sanità  
delle Regioni e Province Autonome  
LORO SEDI

*N.°* DPV.4/H-F/823

*Richiesta al Seggio del*

Legge 5 febbraio 1992, n.104. Persone in trattamento dialitico: riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità.

Pervengono a questo Ministero ripetute segnalazioni da parte dell'Associazione Nazionale Emodializzati (A.N.E.D.) riguardanti un difforme comportamento delle Commissioni sanitarie deputate all'accertamento dell'handicap (art. 4 della Legge 104/92) nel riconoscere ai pazienti in trattamento dialitico la connotazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della Legge 104/92.

Tale riconoscimento consente alla persona portatrice di handicap in situazione di gravità o alle persone (genitori o parenti conviventi) che la assistono, di usufruire, ai fini lavorativi, dei benefici previsti all'articolo 33 della stessa norma.

Si considera, preliminarmente, che la legge in oggetto è finalizzata a promuovere e garantire il diritto della persona handicappata all'autonomia e alla piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società (art.1, comma 1, lettera a, della Legge 104/92) e che l'insufficienza renale cronica in fase terminale (uremia terminale), in quanto impone al paziente di sottoporsi ad un trattamento terapeutico continuativo nel tempo (trattamento dialitico), indispensabile alla sopravvivenza, si configura come condizione patologica che incide in maniera rilevante sull'autonomia del paziente stesso arrecandogli un grave svantaggio sia nello svolgimento di attività extralavorative correlate alla sua età (attività scolastiche, ludiche, ricreative e relazionali in genere) sia nello svolgimento di attività lavorative produttive di reddito trovandosi, il paziente dializzato, nell'impossibilità di garantire quella "continuità prestazionale" che qualsiasi attività lavorativa presuppone.

Da queste riflessioni discende il parere di questo Ministero che la condizione di paziente affetto da uremia terminale in trattamento dialitico, considerate anche le finalità esplicitate all'articolo 1 della Legge 104/92, debba essere ritenuta produttiva di uno stato di handicap che assume la "connotazione di gravità" così come definita dal comma 3 dell'articolo 3 della Legge medesima.

Posto, tuttavia, che lo stato uremico terminale può regredire a seguito di un eventuale trapianto renale e che, in tal caso, viene meno la dipendenza del paziente dal trattamento dialitico sostitutivo della funzione renale, appare indispensabile che le Commissioni Sanitarie valutino, per ciascun singolo caso, l'opportunità di verificare, a

distanza di tempo, il permanere della connotazione di gravità dell'handicap a suo tempo riconosciuta ricorrendo allo strumento della "revisione" che trova ormai consolidata applicazione in numerosi ambiti di valutazione medico-legale.

Si invitano codesti Assessorati a far conoscere sollecitamente il contenuto della presente alle Commissioni sanitarie preposte, istituite presso le aziende sanitarie locali.

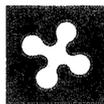
IL DIRIGENTE GENERALE



III

Allegati

All. 3 a

**Regione Lombardia****Giunta Regionale**

Settore Sanità e Igiene  
Servizio Interventi  
Socio Sanitari Integrati  
Via Stresa, 24  
20125 Milano  
Fax 02/6765.3250

20/5/1994

Milano,  
Prot. n.

**Ai Commissari Regionali  
delle U.S.S.L.  
LORO SEDI**

**Ai Presidenti  
Commissioni Invalidi  
LORO SEDI**

**Alle Segreterie  
Commissioni Invalidi  
LORO SEDI**

**Ai Responsabili del Servizio III°  
LORO SEDI**

**Ai Responsabili del Servizio V°  
LORO SEDI**

**Oggetto: dichiarazione di handicap in situazione di gravità.**

Si trasmette copia della lettera del Ministero della Sanità n° 500.6/AG.13/1356/1/380 sui problemi interpretativi degli artt. 3 e 4 della L. 104/92.

Nel parere allegato, si ritrovano anche risposte circa gli innumerevoli quesiti posti a questo Servizio, dalle U.S.S.L. lombarde, riguardanti la **dichiarazione di handicap in situazione di gravità**, prevista dall'art. 4 della L. 104/92 e, in particolare, richiesta per l'ottenimento dei benefici previsti dall'art. 33 della stessa legge.

Si coglie l'occasione per sottolineare alcune premesse indispensabili a garantire omogeneità di comportamento su tutto il territorio della Regione Lombardia.

- 1 - La Legge 104/92, demandando alla "**Commissione Integrata**" la valutazione dei soggetti portatori di handicap, ha inteso spostare l'asse con cui "**guardare**" la persona da esaminare da un piano di puro riconoscimento di invalidità a quello della **valutazione globale**.

Ne deriva che, pur tenendo conto delle due connotazioni: danno sulla persona e conseguenze che da esso derivano nella vita quotidiana, tale valutazione si esprime in un **giudizio univoco**.

Pertanto non sono più accettabili e ammissibili:

- ▶ la separazione tra invalidità e handicap,
- ▶ la distinzione tra giudizio sanitario e sociale,
- ▶ la presentazione di due domande,
- ▶ la presenza di due momenti di riconoscimento.

Il ruolo assegnato alla "**Commissione Integrata**" dalla L. 104/92 è quello di esprimere la **valutazione** che costituisce la chiave d'accesso a tutti i servizi e alle provvidenze previste dalla legge stessa.

Con l'esclusione dell'ambito scolastico – per cui provvedono alla valutazione degli alunni, ai sensi della Legge 423/93, altre figure presenti nella U.S.S.L. – la "**Commissione Integrata**" assume il valore di **unica obbligatoria unita valutativa** delle persone handicappate, esprime multidisciplinariamente una sola valutazione globale e preventiva della persona, permette di accedere alla rete delle provvidenze e dei servizi previsti.

Concorrono all'unica valutazione globale e integrata le competenze:

- **medico-legali**, volte soprattutto ai fini della qualificazione del danno della persona;
- **medico-specialistiche**, essenzialmente orientate alla diagnosi funzionale;
- **sociali**, mirate all'individuazione delle possibilità potenzialità del soggetto e della fruibilità delle risorse disponibili e dei servizi attivabili.

- 2 - Per quanto attiene la "**dichiarazione di handicap in condizioni di gravità**", le Commissioni Integrate delle U.S.S.L. si trovano oggi a giudicare in particolare persone già a suo tempo riconosciute invalide, che richiedono tale "**dichiarazione**" ai sensi dell'art. 33.

Tenendo presente quanto detto sulla valutazione complessiva, è comunque necessario distinguere alcuni casi per i quali sembra importante chiarire la posizione del richiedente.

Si ritiene infatti che una grave disabilità già riscontrata e valutata totale e permanente (100%), per quanto doverosamente compensata non possa che creare gravi svantaggi sociali e quindi, non per un mero trasferimento di valutazione, debba consentire la definizione di handicap in situazione di gravità.

Pertanto, a fronte di richieste di persone riconosciute:

- ▶ Invalidi Civili al 100% con indennità di accompagnamento;
- ▶ Invalidi Civili al 100%;
- ▶ Ciechi Totali;
- ▶ Ciechi Ventesimisti;
- ▶ Sordomuti;

appare doveroso il rilascio del certificato personalizzato a firma del Presidente della Commissione U.S.S.L., senza dover risottoporre a visita l'interessato, purché sia ritenuta esaustiva la documentazione acquisita e agli atti e non esistano riserve di revisione già formulate in passato.

Per coloro ai quali sia stata riconosciuta, da Commissioni non ancora integrate, un'invalidità:

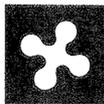
- ▶ superiore a due terzi, con percentuale espressa tra il **67%** e il **99%**
- ▶ **minore non deambulante**, ai fini dell'indennità di frequenza

si rende necessario pervenire alla dichiarazione di handicap in situazione di gravità attraverso una nuova valutazione condotta dalla Commissione Integrata in base ai criteri su esposti, richiamati espressamente nel parere Ministeriale allegato alla presente.

Nell'informare che a breve verrà trasmesso ai destinatari della presente il documento organico sulla "**valutazione**" predisposto dal "**Gruppo Interassessorile per le problematiche dell'handicap**", istituito con D.P.G.R. n° 9381 dell'1/12/1993 si porgono distinti saluti.

Il Dirigente  
(dr. Luciano Di Pietra)





## Regione Lombardia

Giunta Regionale

Settore Famiglia e Politiche Sociali  
Servizio Interventi  
Socio Sanitari Integrati  
Via Stresa, 24  
20125 Milano  
Fax 02/6765.3250

Prot.n. 33064/14378/91

RS/GC/ac

Prot. n. 1405

Milano, 22 DIC. 1995

Ai Direttori Generali  
A Z I E N D E U S S L  
L O R O S E D I

Ai Presidenti  
delle Commissioni Sanitarie  
per l'Invalidità Civile  
L O R O S E D I

**OGGETTO: Dichiarazione di Handicap in situazione di gravità: SORDOMUTI**

L'Ente Nazionale Sordomuti ha segnalato a questo Servizio alcuni casi di disomogeneità di interpretazione da parte di Commissioni per l'accertamento di Invalidità Civile sulla dichiarazione di handicap in condizioni di gravità per persone sordomute.

Si sottolinea che la legge n.104/92 ridefinisce il comportamento nei confronti dei portatori di handicap, che può essere valutato soltanto attraverso la presa di coscienza della globalità della situazione (v.art.3 l.104/92; circolare del Ministero della Sanità n.500.6/AG - 13/1356/380 del 18.4.94; circolare della Giunta Regionale, Settore Sanità, prot.14057 del 20.5.94).

Si individua conseguentemente un'articolata tipologia di interventi, alcuni sicuramente attinenti alla sfera sanitaria, altri invece al più ampio settore della integrazione e del recupero sociale.

Handicap indica, quindi, lo svantaggio sociale e non già la "minorazione fisica o sensoriale", è la situazione di svantaggio sociale che si connota di "gravità" in presenza delle particolari situazioni fisiche e psichiche, precisate nel comma 3 dell'art.3 della stessa legge.

La Commissione integrata dall'operatore sociale è incaricata dell'accertamento dell'handicap, che non si esaurisce in un giudizio di natura medico-legale e non consiste solo in un accertamento medico delle condizioni fisiche e psichiche del soggetto.

A fronte di ciò non vi è dubbio comunque che una grave disabilità valutata totale e permanente, per quanto doverosamente compensata, debba essere considerata realtà a sè, indipendentemente dalla situazione concreta nella quale si trova il soggetto, e che da essa deriva un grave svantaggio sociale, consentendo la definizione di handicap in situazione di gravità.

In tali condizioni vanno quindi considerate le seguenti categorie di persone riconosciute:

- Invalidi Civili al 100% con indennità di accompagnamento
- Invalidi Civili al 100%
- Ciechi totali
- Ciechi ventesimisti
- Sordomuti

Nella fattispecie si richiama la legge 381/70 che all'art.1 definisce Sordomuto " il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato...".

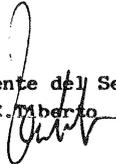
Pertanto anche l'acquisizione di linguaggio artificiale, ancorchè elemento di attenuazione della grave situazione di handicap personale nella vita di relazione, non può considerarsi motivo di esclusione di riconoscimento di " sordomuto ", ai sensi della normativa citata.

Si coglie l'occasione per ribadire inoltre la necessità che nelle sedute di Commissione, rivolte alla specifica categoria, sia presente il sanitario rappresentante dell'Ente Nazionale per la Protezione e Assistenza ai Sordomuti ai sensi dell'art.1, comma 3 della legge n.387/91.

Distinti saluti

Il Dirigente del Servizio

G.R. Tiberio





## Regione Lombardia

Giunta Regionale

Settore Famiglia e Politiche Sociali  
P.zza Duca D'Aosta, 4  
20124 Milano  
Tel. 02/67651

RS/GC/dm

Prot. 29162/2961/G1/HC

30 GEN. 1997

Prot.n. 138

Milano, 30.1.97

Ai Presidenti  
della Commissione Invalidi  
delle Aziende USSL Lombarde  
LORO SEDI

Ai Segretari  
dell'U.O. Invalidi  
delle Aziende USSL Lombarde  
LORO SEDI

Oggetto: Valutazione dell'handicap derivante da invalidità ai sensi dell'art.4 della legge 5 febbraio 1992 n.104.

Si fa seguito alla nota del 20.5.1994 di questo Servizio per fornire alcune precisazioni in ordine all'accertamento indicato in oggetto.

Con la suddetta nota il Servizio dava indicazioni in particolare sul rilascio del certificato personalizzato di handicap in situazione di gravità ad alcune categorie di invalidi già riconosciuti.

- Per gli invalidi civili al 100% con indennità di accompagnamento, gli invalidi civili al 100%, i ciechi totali, i ciechi ventesimisti, i sordomuti, si ritenne di ammettere il rilascio di una certificazione di handicap "a firma del Presidente della Commissione USSL, senza dover risottoporre a visita l'interessato, purchè fosse ritenuta esaustiva la documentazione acquisita agli atti e non esistessero riserve di revisione già formulate in passato".
- Per gli invalidi superiori a due terzi, (con percentuale espressa tra il 67% e il 99%) e i **minori non deambulanti** (ai fini dell'indennità di frequenza), qualora fosse stata riconosciuta l'invalidità di cui sopra da Commissioni non ancora integrate si ritenne necessario pervenire alla dichiarazione di handicap in situazione di gravità attraverso una nuova valutazione condotta dalla Commissione Integrata.

Successivamente il D.P.R. 21.9.1994, n.698, all'art.1, primo comma, disponeva espressamente che anche le istanze intese a valutare l'handicap derivante da invalidità, ai sensi dell'art.4 della legge 104/92, fossero presentate alle Commissioni Mediche U.S.L. competenti

per territorio, di cui alla legge n.295/90, chiamate ad esprimere una manifestazione di volontà collegiale e non unilaterale.

La stessa legge n.104/92 peraltro, nell'introdurre l'integrazione delle Commissioni Mediche con operatori sociali ed esperti, ribadiva il concetto di una valutazione collegiale in una visione globale.

Per quanto sopra si evince che le valutazioni sullo stato di handicap devono essere adottate inequivocabilmente dalle Commissioni Mediche Integrate ai sensi della legge n. 104/92 in forma collegiale, anche se, come già detto, espletate sulla base dell'esame della sola documentazione.

Risulta quindi doveroso che ogni certificazione sia sottoscritta da tutti i componenti le Commissioni Mediche, come peraltro autorevolmente indicato dalla Commissione Medica Periferica per l'invalidità di guerra e civile di Milano del Ministero del Tesoro.

In risposta ai numerosi quesiti che ci pervengono in merito agli accertamenti dell'handicap finalizzati all'accesso ai benefici previsti della legge 104/92, si ritiene utile precisare che emergono chiaramente tre ipotesi di giudizio negli accertamenti dell'handicap e cioè:

- un disabile può essere handicappato senza per questo trovarsi in una situazione di gravità, per cui non ha diritto ai benefici previsti all'art. 33 della legge n. 104/92, anche se può avere accesso ad altri benefici (trasporti - tickets - ecc.)
- un disabile può essere ritenuto handicappato grave per l'invalidità stessa e per le conseguenze che da essa derivano;
- un disabile può non trovarsi affatto in una situazione di handicap.

Ai fini quindi di contribuire ad una omogeneità di comportamento nel territorio lombardo si suggerisce di adottare un modello di dichiarazione di handicap che consenta di differenziarne i due livelli:

A) soggetto con handicap in situazione di gravità -

B) soggetto con handicap -

Con i migliori saluti.

 Il Dirigente del Servizio  
E. Vaghi

*Deputata Zanucchi*

All. 4 a



## Regione Lombardia

Giunta Regionale  
Famiglia e Politiche Sociali  
Settore Sanità e Igiene  
Servizio Interventi  
Socio Sanitari Integrati  
Via Stresa, 24  
20125 Milano  
Fax 02/6765.3250

Prot.n. 1130/ST/104/92  
RS/GC/dm

Prot. n. 731

Milano, 30 APR. 1996

**Ai Direttori Generali  
delle Aziende Ussl  
della Regione Lombardia  
LORO SEDI**

**Ai Presidenti  
delle Commissioni  
Sanitarie per l'accertamento  
dell'invalidità civile  
LORO SEDI**

**Oggetto: Certificazioni di gravità dell'handicap ai sensi della legge 104/92**

Continuano a pervenire a questo Servizio sollecitazioni e lamentele da parte dei cittadini interessati, delle Associazioni di categoria e dei Patronati in merito alle certificazioni relative all'oggetto.

In particolare viene segnalata la necessità che la certificazione attestante l'handicap in situazione di gravità per questioni di riservatezza non espliciti la percentuale di invalidità né il percepimento di provvidenze economiche.

La normativa vigente infatti nel prevedere una dichiarazione di gravità, da consegnare al datore di lavoro per l'applicazione dei benefici (art.33 legge 104/92), non richiede il verbale di accertamento né il giudizio di invalidità.

Si ritiene pertanto, al fine della uniformità di comportamento sul territorio lombardo, di suggerire per la compilazione della dichiarazione le indicazioni del modello allegato.

Distinti saluti

*SEM.5*  
*W*

Il Dirigente del Servizio  
E. Vaghi

*E. Vaghi*

All.n. 1

119

Allegati

- A) Vista la richiesta inoltrata in data.....;  
Vista la legge 104/92;

Visto il verbale della Commissione medica per l'accertamento degli  
stati di invalidità civile  
redatto in data.....  
relativo a.....  
nato a.....  
residente a..... in Via.....;

**SI DICHIARA**

che trattasi di soggetto con handicap in situazione di gravità.

Si rilascia la presente dichiarazione su carta libera, a richiesta dell'interessato, per gli  
usi consentiti della legge 104/92.

Il Presidente della Commissione

\_\_\_\_\_

- B) Vista la richiesta inoltrata in data.....;  
Vista la legge 104/92;

Visto il verbale della Commissione medica per l'accertamento degli  
stati di invalidità civile  
redatto in data.....  
relativo a.....  
nato a.....  
residente..... in Via.....;

**SI DICHIARA**

che non sussistono gli estremi dell'handicap in stato di gravità.

Il Presidente della Commissione



## Regione Lombardia

Milano, 2 APR. 1998

Giunta Regionale

Direzione Generale Interventi Sociali  
Servizio Interventi Socio-Sanitari  
per Anziani e Disabili  
P.zza Duca d'Aosta, 4 - 20124 Milano  
Tel. 6765.3551 - Fax 6765.3523

MG/dm

Prot. Gen. n. 6915 | 61-EC

Ai Direttori Generali  
delle Aziende Sanitarie Locali

Ai Presidenti delle Commissioni  
Medico Legali per l'accertamento  
dell'invalidità civile

Ai Segretari delle Commissioni  
Medico Legali per l'accertamento  
dell'invalidità civile

e p.c. Ai Presidenti delle Commissioni  
Periferiche del Ministero del Tesoro

Circolare n. 19 del 3.4.1998  
Circolare n. 10 del Settore Famiglia  
e Politiche Sociali

e p.c. Al Ministero della Sanità

“ Al Ministero Solidarietà Sociale

LORO SEDI

OGGETTO: Invio Modello per la certificazione dell'handicap ai sensi della legge 104/92.

Il 1998 ha dato l'avvio all'attuazione della L.R. 31/97 di riordino del servizio socio-sanitario regionale.

Nell'ambito delle attività concernenti l'accertamento medico legale dell'invalidità la normativa non ha apportato modifiche di rilievo, pur prevedendo all'art.8 l'istituzione presso ogni ASL di un Servizio specifico di medicina legale cui andranno ricondotte le attività in oggetto.

Risulta comunque necessario a livello regionale procedere ad una rilevazione delle attività e delle procedure in atto presso le diverse commissioni al fine di pervenire ad una riorganizzazione complessiva del sistema dell'accertamento medico legale in Lombardia.

A tale scopo si ritiene corretto emanare alcune linee di indirizzo atte a omogeneizzare il più possibile il comportamento delle Commissioni nell'osservanza della normativa vigente (rispetto delle norme sui tempi di attesa delle visite, correttezza nelle procedure, ecc).

Un primo passo in questa direzione è quello di fissare alcune modalità operative comuni relativamente alla certificazione dell'handicap ai sensi della L.104/92, stante che, anche a seguito dell'applicazione dell'art.8 della Legge 27.12.1997, n. 449 (Legge Finanziaria 1998) relativo a disposizioni a favore dei soggetti portatori di handicap, è aumentata in maniera sensibile la richiesta da parte dei cittadini di certificazione ai sensi della legge citata.

Si è pertanto elaborata a livello regionale una modulistica relativa alla valutazione degli stati di handicap, allo scopo di rendere omogenea sul territorio lombardo la relativa certificazione, che, come è noto, deve essere rilasciata dalle Commissioni medico legali di cui all'art.1 della legge 15 ottobre 1990, n.295 integrate ai sensi dell'art.4 della L.104/92.

Si intende qui di seguito richiamare alcuni punti essenziali relativi all'applicazione della L.104/92.

#### SOGGETTI AVENTI DIRITTO

— L'art.3 della L.104/92 individua i soggetti aventi diritto agli interventi da essa previsti e cioè le persone handicappate: conformemente alla metodologia usata dall'Organizzazione mondiale della sanità, si definisce 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.

Di rilievo è l'ultimo comma dell'art.3, che estende l'applicabilità della legge agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale.

La norma puntualizza che a questi soggetti le prestazioni sono corrisposte nei limiti e alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.

— Pertanto i soggetti che possono fare richiesta di certificazione dello stato di handicap sono:

- ° cittadini italiani o stranieri che non siano già stati riconosciuti titolari di invalidità per accertate minorazioni
- ° cittadini italiani o comunitari già riconosciuti invalidi (civili, di guerra, di lavoro, per servizio).

#### COMPOSIZIONE delle COMMISSIONI

Come sopra richiamato, le Commissioni devono essere composte ai sensi dell'art.1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, integrate da un operatore sociale e da esperti nei casi da esaminare.

A tale proposito si richiama la CIRCOLARE n.33/SAN/ 93 avente per oggetto: “Attuazione dell’art.4 L.104/92: Legge quadro per l’assistenza, la integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” a suo tempo emanata dalla Regione e tuttora valida.

Per quanto attiene il numero legale per la validità delle riunioni a seguito della presenza dell’operatore sociale, si richiama quanto precedentemente indicato con nota prot.2935535/11905/G1 del 13 novembre 1995 dal Servizio Interventi Socio Sanitari Integrati; in particolare, si ribadisce il fatto che la ratio sottesa a tutte le norme in materia di commissioni mediche è che, in ogni caso, vi debbano prendere parte le componenti mediche.

All’art.3, comma 3° del D.M.n. 387/91 si prevede che il verbale di visita venga sottoscritto da almeno 3 medici.

Contrasterebbe pertanto, come espresso dal servizio legale della Giunta Regionale, con la ratio legislativa l’ammettere che l’operatore sociale possa integrare il numero legale per la validità delle riunioni: il responso della Commissione verrebbe in tal caso redatto solo da due medici.

Ciò non significa che l’operatore sociale possa astenersi dal partecipare alle riunioni.

La normativa richiede infatti la sua presenza affinché vengano validamente rappresentati e ponderati gli interessi delle persone handicappate.

La formazione della volontà collegiale richiede una particolare enucleazione degli interessi coinvolti, per cui il numero legale dei tre membri deve essere integrato dall’operatore sociale e dall’esperto.

#### MODULISTICA e MODALITA' OPERATIVE DI CERTIFICAZIONE

La modulistica che si propone si compone di due parti:

un modello (Mod.A) di verbale interno della Commissione e un modello di certificazione (Mod.B) da consegnare all’interessato, nel rispetto delle norme sulla riservatezza dei dati contenute nella legge 675/96.

Il verbale interno viene sottoscritto dai componenti della Commissione e tenuto agli atti dell’ufficio quale riferimento per la certificazione che viene rilasciata all’interessato.

Il suddetto verbale contiene lo spazio per l’indicazione della diagnosi, nonché le variabili per la valutazione dell’handicap.

Deve altresì prevedere la possibilità di programmare un eventuale accertamento di revisione nei casi per i quali tale ulteriore visita si ritenga opportuna.

Il modello di certificazione (Mod.B) non riporta la diagnosi, né la valutazione dell’handicap secondo i parametri ripresi parzialmente dalle tabelle dell’O.M.S. bensì soltanto l’esito finale che, pur riferendosi a due sole voci (A - B), ricomprende all’interno i tre giudizi possibili:

- la persona non è in situazione di handicap;  
in tal caso sia alla voce A che alla voce B risulteranno barrate le caselle  NO
  
- la persona è in situazione di handicap;  
in questa ipotesi risulterà barrata la casella  SI della voce A e  NO della voce B.
  
- la persona è in situazione di handicap grave; in questo caso risulteranno barrate entrambe le caselle  SI delle voci A e B.

Sul modello è indicata la possibilità di ricorso avverso il giudizio emesso dalla Commissione al Ministero del Tesoro, come da nota inviata da questa Direzione Generale prot. N. 1424/G1 - EC il 23.1.1998.

Per completezza di documentazione si ritiene opportuno che gli Uffici Invalidi delle ASL tengano agli atti l'originale del certificato e consegnino o comunque trasmettano agli interessati le fotocopie autenticate.

Nello spirito di una fattiva collaborazione volta al miglioramento della qualità, confermando la disponibilità del componente Ufficio Disabili per ogni necessità di chiarimento, si porgono distinti saluti.

IL Direttore Generale per  
gli Interventi Sociali  
(Dr. Vincenza De Ruvo)

  
Responsabile del procedimento  
dott.ssa Marina Gerini tel. 67653660

REGIONE LOMBARDIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE

COMMISSIONE MEDICO - LEGALE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART.4

Pratica n. \_\_\_\_\_ VERBALE INTERNO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Titolare di invalidità \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Valutazione dell'handicap (pregiudizio in riferimento a):

ORIENTAMENTO	NO	SI	GRAVE
INDIPENDENZA FISICA	NO	SI	GRAVE
MOBILITA'	NO	SI	GRAVE
INSERIMENTO SOCIALE	NO	SI	GRAVE
OCCUPAZIONE	NO	SI	GRAVE

LA COMMISSIONE RIUNITA IN DATA \_\_\_\_\_ CERTIFICA CHE:

- A - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART.3, COMMA 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".

NO

SI

- B - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 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 connotazioni di gravità".

NO

SI

SI PROGRAMMA UN ACCERTAMENTO DI REVISIONE NELL'ANNO \_\_\_\_\_

Il Presidente \_\_\_\_\_ L'operatore Sociale \_\_\_\_\_

I° Medico \_\_\_\_\_ L' Esperto \_\_\_\_\_

I° Medico di categoria \_\_\_\_\_ Il Segretario \_\_\_\_\_

II° Medico \_\_\_\_\_

MOD. B

REGIONE LOMBARDIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
(A S L)

COMMISSIONE MEDICO - LEGALE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 4

Pratica n. \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

LA COMMISSIONE RIUNITA IN DATA \_\_\_\_\_ CERTIFICA CHE:

A - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 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".

 NO SI

B - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 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 connotazioni di gravità".

 NO SI

SI PROGRAMMA UN ACCERTAMENTO DI REVISIONE NELL'ANNO \_\_\_\_\_

Il Presidente \_\_\_\_\_ L'operatore Sociale \_\_\_\_\_

I° Medico \_\_\_\_\_ L'Esperto \_\_\_\_\_

II° Medico di categoria \_\_\_\_\_ Il Segretario \_\_\_\_\_

II° Medico \_\_\_\_\_

N.B.: Il giudizio si ritiene negativo o positivo a seconda della corrispondente casella barrata.

Avverso presente accertamento è ammesso ricorso entro 60 dalla notifica al Ministero del Tesoro - Ufficio Ricorsi - Via Casilina n. 3 - 00182 ROMA



Regione Lombardia

Giunta Regionale  
Direzione Generale Famiglia e  
Solidarietà Sociale

Prot. n° 41.2008.0013592

Data: 01/10/2008

Ai Direttori Generali  
Ai Direttori Sociali  
Ai Responsabili dei  
Servizi di Medicina Legale  
delle ASL  
LORO SEDI

E p.c. Direzione Regionale INPS  
Via Gonzaga, 6  
20100 MILANO

*oggetto: indicazioni operative per l' integrazione del verbale di accertamento dell' handicap (L.104/92).*

Con la presente nota si forniscono indicazioni in merito all'accertamento dello stato di handicap .

Come Loro note, il riconoscimento dello stato di handicap ai sensi dell' art. 3 della Legge 104/92, da parte delle Commissioni di accertamento delle ASL, è condizione necessaria per accedere a numerosi benefici che hanno trovato origine e definizione, in termini di requisiti, in successive differenti disposizioni.

Il verbale di riconoscimento dell'handicap in uso presso la generalità delle Commissioni di Accertamento delle ASL della Lombardia prevede il semplice riconoscimento dello status di persona con handicap con o senza situazione di gravità.

La formulazione di tale verbale non consente al cittadino di poter immediatamente accedere ai benefici connessi alla certificazione di handicap con la conseguenza che uffici e istituzioni richiedono al cittadino ulteriori successive integrazioni di giudizio finalizzate ai singoli, specifici benefici.

Al fine di semplificare i percorsi e consentire ai cittadini un accesso più veloce ai differenti benefici previsti dalla normativa si forniscono le seguenti indicazioni per l'integrazione del verbale di accertamento dell'handicap in uso.

*Alle voci/elementi di giudizio*

- portatore di handicap ai sensi dell'art.3, comma 1, L.5.2.1992, n.104
- portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma 3, L.5.2.1992, n.104

dovranno essere aggiunte le seguenti voci/elementi di giudizio:

1. portatore di handicap con grado di invalidità superiore ai 2/3 (art. 21 L.104/92)
2. portatore di handicap con minorazioni iscritte alle categorie 1°, 2° e 3° della tabella A ammessa alla legge 10.8.1950 n. 648 (art. 21 L.104/92)

AV

3. portatore di handicap con ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art.8 L.449/97)
4. portatore di handicap psichico o mentale di gravità tale da avere determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalido con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetto da pluriamputazioni (art.30 L. 388/00).

I punti 1 e 2 riguardano il diritto di scelta prioritaria o di trasferimento, ove possibile, della sede di lavoro nella Pubblica Amministrazione. I punti 3 e 4 riguardano il diritto ad agevolazioni nel settore auto (IVA, IRPEF, BOLLO, PRA ) e nel settore sussidi tecnici ed informatici (IVA, IRPEF).

Si raccomanda ai responsabili dei servizi di Medicina Legale delle ASL di informare puntualmente i presidenti e i componenti delle Commissioni sui contenuti della normativa citata nelle varie voci sopra elencate.

Si ringrazia per la collaborazione

Cordiali saluti

Il Direttore Generale  
Umberto Fazzone

REGIONE LOMBARDIA  
 AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA MILANO  
 COMMISSIONE MEDICO-LEGALE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 4

FASCICOLO \_\_\_\_\_ PRATICA \_\_\_\_\_ VERBALE INTERNO

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

Titolare di invalidità \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Valutazione dell'handicap (pregiudizi in riferimento a):

ORIENTAMENTO	NO	SI	GRAVE
INDIPENDENZA FISICA	NO	SI	GRAVE
MOBILITA'	NO	SI	GRAVE
INSERIMENTO SOCIALE	NO	SI	GRAVE
OCCUPAZIONE	NO	SI	GRAVE

LA COMMISSIONE RIUNITA IN DATA \_\_\_\_\_ CERTIFICA CHE:

A - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 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"

**NO**

**SI**

B - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 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 connotazioni di gravità"

**NO**

**SI**

LA COMMISSIONE MEDICA, per le finalità di cui all'art. 21 della L. 104/92 e dell'art. 8 della L. 449/97 CERTIFICA che l'interessato/a:

1. portatore di handicap con grado di invalidità > ai 2/3 (art. 21 L. 104/92):
2. portatore di handicap con minorazioni iscritte nelle categorie 1°, 2° e 3° della tabella A annessa alla Legge 10.8.1950 n. 648 (art. 21 Legge 104/92):
3. portatore di handicap con ridotte o impedito capacità motorie (art. 8 L. 449/97):
4. portatore di handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalido con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetto da pluriamputazioni (art. 30 L. 388/00):

SI PROGRAMMA UN ACCERTAMENTO DI REVISIONE IN DATA \_\_\_\_\_

Il Presidente \_\_\_\_\_ Il medico di Categoria \_\_\_\_\_

Il Medico ASL \_\_\_\_\_ L'operatore Sociale \_\_\_\_\_

Il Medico Specialista \_\_\_\_\_ Il Segretario \_\_\_\_\_

REGIONE LOMBARDIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA MILANO 2  
COMMISSIONE MEDICO-LEGALE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 4

FASCICOLO \_\_\_\_\_ PRATICA \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

LA COMMISSIONE RIUNITA IN DATA \_\_\_\_\_ CERTIFICA CHE:

A - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 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"

NO

SI

B - SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 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 connotazioni di gravità"

NO

SI

LA COMMISSIONE MEDICA, per le finalità di cui all'art. 21 della L. 104/92 e dell'art. 8 della L. 449/97 CERTIFICA che l'interessato/a:

- portatore di handicap con grado di invalidità > ai 2/3 (art. 21 L. 104/92):
- portatore di handicap con minorazioni iscritte nelle categorie 1°, 2° e 3° della tabella A annessa alla Legge 10.8.1950 n. 648 (art. 21 Legge 104/92):
- portatore di handicap con ridotte o impedito capacità motorie (art. 8 L. 449/97):
- portatore di handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalido con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetto da pluriamputazioni (art. 30 L. 388/00):

SI PROGRAMMA UN ACCERTAMENTO DI REVISIONE IN DATA \_\_\_\_\_

Il Presidente \_\_\_\_\_ Il medico di Categoria \_\_\_\_\_

Il Medico ASL \_\_\_\_\_ L'operatore Sociale \_\_\_\_\_

Il Medico Specialista \_\_\_\_\_ Il Segretario \_\_\_\_\_

Avverso il presente accertamento è ammesso ricorso all'Autorità Giudiziaria competente (Tribunale competente per territorio) entro, e non oltre, sei mesi dalla data di comunicazione del provvedimento emanato in sede amministrativa (ricevimento del presente verbale) - (Art. 42 - comma 3, legge 24 Novembre 2003, n. 326 e Legge 27 Febbraio 2004, n. 47),



Regione Lombardia

Giunta Regionale  
Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale  
Direzione Generale Sanità

*Handwritten signature*

M. 03. 2003

G1-2003-1031

*Handwritten notes and signatures:*  
L. P. -  
Dott. Pinchetti HHS  
Dott. L...

Ai Direttori Generali  
delle ASL

Ai Responsabili  
Servizi di Medicina Legale  
delle ASL

Ai responsabili Dipartimenti  
Servizi Sanitari di Base  
delle ASL

Alle organizzazioni dei  
Medici di Medicina Generale  
alle Associazioni di Categoria

LORO SEDI

All'Associazione Italiana  
Persone Down  
Sede nazionale  
Viale delle Milizie 106  
ROMA

All'Associazione Italiana  
Persone Down  
Via Gramsci, 14  
27051 CAVA MANARA

**Oggetto: accertamento dell'handicap in presenza di sindrome di Down (art.94, comma 3 della L.289/2002, legge finanziaria per l'anno 2003).**

L'articolo 94, comma 3 della legge finanziaria per l'anno 2003 ha introdotto elementi di novità nell'ambito dell'accertamento dell'handicap in soggetti con sindrome di Down.

La normativa stabilisce che le persone con sindrome di Down, su richiesta corredata da cariotipo, vengono dichiarate persone con handicap grave dalla Commissione ASL e dal medico di medicina generale e sono inoltre esentate da ulteriori successive visite e controlli.

Gli aspetti più rilevanti sono dunque i seguenti:

- la dichiarazione di handicap grave può essere effettuata secondo due diverse modalità:  
- a seguito di presentazione dell'esame del cariotipo alla Commissione della ASL;

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale Via Pola 5/11 20124 Milano tel.02.6765.3686/3594 fax02.6765.3537  
Direzione Generale Sanità Via Pola 9/11 20124 Milano tel.02.6765.3404/3276 fax 02.6765.3259

*Handwritten initials*

*Handwritten signature and initials*

- a seguito di presentazione dell'esame del cariotipo al proprio medico di medicina generale;
- dopo il rilascio della certificazione dell'handicap grave l'interessato non necessita di ulteriori visite e controlli.

E' inoltre opportuno sottolineare che:

- le disposizioni sono limitate al solo accertamento dell'handicap e nulla è modificato in materia di accertamento della invalidità civile;
- le disposizioni sono limitate alla sola Sindrome di Down;
- le disposizioni non comportano effetti su certificazioni precedenti;
- il referto dell'esame del cariotipo costituisce requisito sanitario necessario per la certificazione

Si rileva che la certificazione di handicap grave costituisce documentazione necessaria e sufficiente per poter usufruire dei benefici previsti e che, in ogni caso, la stessa deve contenere gli opportuni riferimenti legislativi.

Si ritiene che detti elementi, trovino collocazione operativa nel verbale di accertamento dell'handicap sia nella parte relativa alla diagnosi che nella parte relativa al giudizio.

Si propongono quindi in allegato:

- un modello di verbale per la certificazione di handicap ai soggetti Down per le Commissioni di accertamento delle ASL (All.1)
- un fac-simile di certificazione per i medici di famiglia ai quali si consiglia di conservare agli atti copia della certificazione emessa e copia del referto dell'esame del cariotipo. (All.2)

Si ricorda che per i soggetti con sindrome di Down è prevista l'esenzione di quota di partecipazione alla spesa sanitaria.

Al riguardo si richiede ai diretti interessati di consegnare copia della relativa certificazione rilasciata dal medico di medicina generale al Distretto di appartenenza.

Distinti saluti

Il Direttore Generale Sanità  
Dr. Carlo Iacchina

Il Direttore Generale Famiglia e Solidarietà Sociale  
Dr. Umberto Fazzone

Responsabile procedimento  
Dr. Vincenzo Filisetti

**MODELLO di CERTIFICAZIONE di handicap per soggetti Down per le COMMISSIONI di ACCERTAMENTO delle ASL**

Modello A (da conservare agli atti)

Commissione medico- legale ai sensi della Legge 104/92

Verbale Interno

Cognome e nome.....

Nato a.....

Residente a.....

Titolare di invalidità.....

Diagnosi: **Sindrome Down. Cariotipo rilasciato il** \_\_\_\_\_ **(riportare data esame) da** \_\_\_\_\_ **(riportare il riferimento dell'Istituto o Centro che ha rilasciato/effettuato l'esame).**

**Valutazione**

La commissione riunita in data .....certifica che sussistono le condizioni di handicap grave ai sensi dell'art.94, comma 3, L.289/2002.

Il Presidente.....L'operatore Sociale.....  
I° medico..... L'esperto  
II° medico.....  
Medico di categoria.....Il segretario.....

Mod. B (da consegnare al cittadino richiedente)

Commissione medico- legale ai sensi della Legge 104/92

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Titolare di invalidità \_\_\_\_\_

La commissione riunita in data .....certifica che sussistono le condizioni di handicap grave ai sensi dell'art.94, comma 3, L.289/2002.

Il Presidente.....L'operatore Sociale.....

I° medico..... L'esperto

II° medico.....

Medico di categoria.....il segretario.....

**Allegato 2**

**FAC-SIMILE per i Medici di famiglia**

*Viso il referto dell'esame del cariotipo rilasciato il (riportare la data dell'esame) da (riportare il nome dell'istituto che ha effettuato l'esame e rilasciato il referto) relativo al Sig. (cognome e nome) che risulta persona con sindrome di Down (Trisomia 21)*

*Al sensi dell'articolo 94, comma 3 della Legge 27 dicembre 2002, n.289,*

**si dichiara che**

*Il signor (cognome e nome) nato il (data di nascita) residente in (città, Via, numero civico), mio assistito, numero di tessera sanitaria (riportare il numero di tessera sanitaria) è persona handicappata in situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n.104.*

*Si rilascia la presente dichiarazione su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.*

*(Data, firma e dati identificativi del medico).*



seduta del
15/12/2008
delibera
1839

pag.
1

DE/ME/S04 Oggetto: Approvazione delle linee guida per la valutazione  
O NC integrata del disabile in condizioni di handicap ai  
sensi della legge n. 104/92 "Legge quadro per  
l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle  
persone handicappate".  
Prot. Segr.  
2044

L'anno duemilaotto addì 15 del mese di dicembre in Ancona presso la sede della Regione Marche si è riunita la Giunta Regionale regolarmente convocata:

- Petrini Paolo	Vice Presidente
- Amagliani Marco	Assessore
- Ascoli Ugo	Assessore
- Carrabs Gianluca	Assessore
- Donati Sandro	Assessore
- Ciaccaglia Gianni	Assessore
- Marcolini Pietro	Assessore
- Mezzolani Almerino	Assessore
- Pistelli Loredana	Assessore
- Solazzi Vittoriano	Assessore

Sono assenti:  
- Spacca Gian Mario Presidente

Essendosi in numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza, in assenza del Presidente della Giunta regionale, il Vice Presidente Petrini Paolo che dichiara aperta la seduta alla quale assiste il Segretario della Giunta regionale Brandoni Bruno.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.  
Riferisce in qualità di relatore: L' Assessore Mezzolani Almerino.

**NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA**

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_  
prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO:** Approvazione delle linee Guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap ai sensi della Legge 5/2/1992, n. 104 "Legge – quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

**LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTO** il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute - P.F. Sanità Pubblica dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

**VISTA** la proposta del dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'art. 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

**VISTO** l'art. 28 dello statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

**DELIBERA**

- **di approvare** le linee guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap, ai sensi della Legge 5/2/1992, n. 104, di cui agli allegati A), B) e C) che sono parte integrante del presente atto;
- **di approvare** la procedura per la domanda e per il riconoscimento dello stato di handicap, riportata nel documento istruttorio del presente atto e all'allegato C), che deve essere adottata dalle Commissioni costituite, ai sensi della L. 5/2/92 n.104, presso le Zone Territoriali dell'ASUR;
- **di incaricare** il Direttore Generale dell'ASUR di vigilare sulla corretta ed omogenea applicazione, in tutto il territorio regionale, delle procedura per il riconoscimento dello stato di handicap, a cura delle Commissioni istituite presso le Zone Territoriali dell'ASUR.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**  
*Dott. Bruno Brandoni*

*Bu Brandoni*

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**  
*Dott. Gian Mario Spacca*

*(Paolo Petrin)*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### DOCUMENTO ISTUTTORIO

Con la deliberazione n. 2806, adottata nella seduta del 27 novembre 2001, la Giunta Regionale ha costituito il Gruppo Tecnico di Medicina Legale, operante a supporto del Servizio Salute della Giunta Regionale.

A seguito dell'incarico conferito dal Servizio Salute, il Gruppo Tecnico di medicina legale ha elaborato nel gennaio 2006 un documento, ove sono, tra l'altro, indicate le problematiche derivanti dall'applicazione della L. 104/92 nella Regione Marche: i dati ivi considerati si riferiscono al periodo 1990- 2005.

Tale studio ha portato alla luce una serie di criticità derivanti dalla parziale omogeneità, nel territorio regionale, delle procedure adottate dalle Commissioni costituite presso le Zone Territoriali dell'ASUR di cui alla L. 5/2/92 n. 104, dall'assenza di una metodologia di valutazione condivisa e da una scarsa aderenza del giudizio espresso in relazione alla specifica condizione di bisogno, di volta in volta oggetto di accertamento. Al fine di superare le criticità sopracitate, il Gruppo Tecnico ha sottoposto all'attenzione del Servizio Salute – P.F. Sanità Pubblica, per la sua successiva adozione, un documento riportante le linee Guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap ai sensi della Legge 5/2/1992, n. 104 "Legge – quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Tale documento è articolato nel seguente modo:

#### Punti di riferimento

Lo studio è ispirato alla migliore tutela ed alla piena promozione della integrazione della persona disabile, in applicazione di quanto disposto in materia, a livello nazionale, dalla Legge 104/1992 e a livello regionale dalla Deliberazione della Giunta regionale n° 1526 del 9 giugno 1997.

In adesione a tale presupposto il processo di valutazione della condizione di disabilità richiede una piena integrazione di tre distinte competenze, specialistico-cliniche, medico-legali e socio-assistenziali, poiché la persona in condizione di bisogno è tale non solo per effetto della minorazione di cui è portatrice (componente clinico-biologica), delle sue ripercussioni dinamico-funzionali (componente medico-legale), ma anche a causa del contesto socio-culturale e strutturale in cui si manifesta la minorazione (componente socio-relazionale). E' opportuno che tale integrazione si realizzi all'interno di un percorso che condivida gli strumenti e gli obiettivi.

#### Strumenti

Nell'elaborare gli strumenti il Gruppo Tecnico si è confrontato con i contributi che la Letteratura Nazionale ed Internazionale ha offerto negli ultimi anni in tema di accertamento e valutazione della disabilità. All'interno di questi si è selezionata come struttura culturale di riferimento la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) che rappresenta dal 2002 lo strumento più aggiornato e scientificamente validato per l'analisi delle condizioni di bisogno dalle quali nasce la disabilità. La ICF risulta particolarmente coerente con i presupposti ispirativi dai quali il Gruppo di medicina legale si è mosso (promozione della piena integrazione e tutela del disabile, approccio pluridisciplinare condiviso), poiché è organizzata in modo da consentire una adeguata descrizione di ciò che è presente nel disabile (capacità), piuttosto che semplicemente di ciò che è andato perduto (incapacità) e poiché ospita sia componenti cliniche (struttura/funzione corporea), sia componenti dinamico/funzionali (attività-partecipazione), sia componenti sociali (fattori ambientali e di contesto). Le schede di valutazione elaborate per l'handicap permanente e per l'handicap permanente in situazione di gravità sono state mutate dalla ICF, sia relativamente alle componenti bio-mediche, sia a quelle di contesto. Anche il glossario che definisce le espressioni previste dalle schede e la griglia di valutazione semi-quantitativa sono state espunte dalla medesima fonte.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Obiettivi

Dal punto di vista strettamente operativo, lo studio elaborato dal Gruppo, attraverso l'utilizzazione degli strumenti appena accennati, si prefigge i seguenti obiettivi:

-uniformare i giudizi, in modo che tutte le strutture coinvolte utilizzino uno stesso metodo e si servano di un medesimo linguaggio nel definire e nel valutare il soggetto portatore di handicap;

-consentire una valutazione, il più completa possibile, dello stato di handicap, in modo che il riconoscimento amministrativo non sia una "qualificazione" definitiva, ma un punto di partenza per successive fasi durante le quali, strutture anche differenti (servizi sociali, Umee, Umea) possano monitorizzare l'efficacia degli interventi assistenziali promossi al fine di ridurre lo svantaggio sociale, all'interno del "progetto individuale" per il disabile di cui alle Legge 328 del 2000;

-omogeneizzare le procedure di richiesta e di accertamento, fornendo un modello integrato di supporti e di procedure;

-mettere a disposizione delle Commissioni istituite presso le Zone Territoriali dell'ASUR, di cui alla L. 5/9/92 n. 104, un importante riferimento tecnico condiviso utile, eventualmente, anche in sede di contenzioso.

Infine, nella consapevolezza che la materia, soprattutto per il suo carattere innovativo, richiede un preliminare impegno formativo-informativo nei confronti degli operatori coinvolti, il documento è completato da un progetto base riguardante tale problematica.

Il documento redatto, contenente la proposta delle linee - guida di cui all'allegato A) raccoglie indicazioni standardizzate riguardanti:

- a) le procedure amministrative di richiesta ed accertamento dello stato di handicap (Allegato C);
- b) la metodologia di accertamento;
- c) la formazione degli operatori (Allegato B).

Infine, il Gruppo Tecnico di Medicina Legale, ritiene opportuno proporre al Servizio Salute della Regione Marche - P.F. Sanità Pubblica, l'adozione della nuova procedura per la domanda e per l'accertamento dello stato dell'handicap.

Tale procedura ha come scopo di semplificare e di chiarire in modo inequivocabile la documentazione che deve essere prodotta dal richiedente per la domanda per l'accertamento dello stato dell'handicap.

La procedura è così articolata:

- Il cittadino presenta la domanda su apposito modulo. La domanda deve essere firmata dal richiedente o, nel caso di minore o di soggetto interdetto, dal genitore o dal tutore.
- Nel caso di soggetto temporaneamente impedito a firmare per ragioni di salute, la firma può essere apposta da un familiare secondo le disposizioni delle leggi vigenti (DPR 445/2000).
- Alla domanda deve essere allegato certificato medico contenente le indicazioni anamnestiche, cliniche e diagnostiche relative al soggetto richiedente.
- Alla domanda è allegata una "RELAZIONE SOCIALE" redatta da un operatore (assistente sociale) di struttura pubblica o privata accreditata, che illustri, in apposito modulo, allegati A 4) e A 5, la situazione sociale del soggetto richiedente.
- Il Servizio/U.O. di Medicina Legale provvederà a convocare l'interessato a visita medico-legale collegiale, assicurando la presenza dell'esperto nella disciplina relativa alla patologia preminente, così come essa è desumibile dalla certificazione medica allegata alla domanda.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

140

- La convocazione avverrà seguendo l'ordine cronologico di presentazione delle domande, potendo discostarsi da esso soltanto all'interno delle domande pervenute nello stesso mese, in ragione della necessità di ottimizzare la presenza degli esperti.
- I pazienti per i quali dalla certificazione medica risulti una patologia oncologica in atto, sono convocati in deroga all'ordine cronologico, ai sensi della legge 09 marzo 2006, n. 80. Per "patologia oncologica in atto" si intende una malattia neoplastica per la quale il paziente sia attualmente in trattamento, o sia in follow up oncologico da meno di due anni.
- Nel caso dei pazienti oncologici, definiti come sopra, viene redatto verbale "provvisorio" da consegnare immediatamente all'interessato.
- La commissione provvede a visitare l'interessato, e a redigere apposito verbale, completo delle schede allegate alla presente DGRM che costituiscono parte integrante della stessa. Le schede rimangono all'interno del fascicolo dell'utente come supporto valutativo al giudizio espresso e formalizzato nei verbali già in uso. Esse potranno essere richieste all'utente ai sensi della legge n. 241/90.
- I successivi adempimenti sono di competenza dell'ufficio amministrativo del Servizio/U.O. di Medicina Legale, secondo quanto previsto dalle norme vigenti.

Il Servizio Salute – P.F. Sanità Pubblica condivide e fa proprie le osservazioni e le proposte contenute negli allegati A), B) e C) del documento redatto dal Gruppo Tecnico Regionale di Medicina Legale che costituiscono le linee guida che disciplinano la valutazione integrata del disabile in condizione di handicap, ai sensi della L. 5/2/1992 n. 104.

Per le ragioni sopra esposte, si propone di adottare il presente atto.

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

*Dott. Patrizio Bacchetta*

Posizione di Funzione Sanità Pubblica

VISTO

**IL DIRIGENTE RESPONSABILE**

*Dr. Giuliano Tagliavento*

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

*Dr. Carmine Ruta*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione si compone di n. 34 pagine, di cui n. 28 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

*Dott. Bruno Brandoni*

*B. Brandoni*

141

Allegati

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## ALLEGATO A

### Linee guida per la valutazione integrata del disabile in condizioni di handicap, ai sensi della Legge 5/2/1992, n. 104.

Allegato A 1 - Condizione preliminare per accedere alla valutazione dello stato di handicap – **Scheda** per la valutazione del soggetto in condizione di handicap con carattere di permanenza e **scheda** per la valutazione del disabile in condizione di handicap in situazione di gravità con carattere di permanenza;

Allegato A 2 – **Guida** alla valutazione del soggetto in condizione di handicap con carattere di permanenza, e **guida** alla valutazione del disabile in condizione di handicap in situazione di gravità con carattere di permanenza;

Allegato A 3 – **Scheda** per la valutazione della persona in condizione di handicap (guida per la compilazione della parte relativa alla valutazione sociale);

Allegato A 4 – Valutazione sociale: grado di funzionalità dell'ambiente sociale e fisico, **scheda** adulti;

Allegato A 5 - Valutazione sociale: grado di funzionalità dell'ambiente sociale e fisico, **scheda** minori;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A 1)

**CONDIZIONE PRELIMINARE PER ACCEDERE ALLA VALUTAZIONE DELLO STATO DI HANDICAP**  
La patologia determina riduzione della funzione d'organo di grado (secondo la classificazione ICF):

- Nessuna: 0-4%.
- Lieve: 5%-24%.
- Media: 25%-49%.
- Grave: 50%-95%.
- Completa: 96%-100%.

Si accede alla scheda socio-sanitaria per la valutazione dello stato di handicap se la riduzione della funzione d'organo è **ALMENO** di grado **MEDIO** (25%-49%).

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP CON CARATTERE DI PERMANENZA**

Sig. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**-COMPONENTE BIO-MEDICA-**

1. - CONDIZIONI	CODICE ICF	INDICE					
<b>CONDIZIONE 1-Autonomia</b>							
-camminare e spostarsi	(d450-d469)	0	1	2	3	4	9
-compiti e richieste generali	(d210-d240)	0	1	2	3	4	9
-cura della propria persona	(d510-d570)	0	1	2	3	4	9
<b>CONDIZIONE 2-Apprendimento e applicazione di Conoscenze - comunicazione</b>							
-acquisizione di abilità, imparare	(d140-d155)	0	1	2	3	4	9
-comunicare	(d310-d335)	0	1	2	3	4	9
-risoluzione di problemi	(d175)	0	1	2	3	4	9
-prendere decisioni	(d177)	0	1	2	3	4	9
<b>CONDIZIONE 3-Interazioni e relazioni interpersonali</b>							
-interazioni interpersonali semplici	(d710)	0	1	2	3	4	9
-interazioni interpersonali complesse	(d720)	0	1	2	3	4	9
-relazioni familiari	(d760)	0	1	2	3	4	9
-relazioni intime	(d770)	0	1	2	3	4	9
<b>CONDIZIONE 4-Integrazione lavorativa</b>							
-lavoro ed impiego*	(d840-d855)	0	1	2	3	4	9



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

144

- COMPONENTE SOCIALE -

<b>CONDIZIONE 1-Relazioni e sostegno sociale</b>									
-famiglia	(e310-e315)	0	1	2	3	4	9		
-persone che forniscono aiuto o assistenza	(e340)	0	1	2	3	4	9		
-operatori sanitari/altri operatori	(e355-e360)	0	1	2	3	4	9		
<b>CONDIZIONE 2-Vita domestica</b>									
-procurarsi beni e servizi	(d620)	0	1	2	3	4	9		
-preparare pasti	(d630)	0	1	2	3	4	9		
-fare i lavori di casa	(d640)	0	1	2	3	4	9		
<b>CONDIZIONE 3-Aree di vita principali</b>									
-istruzione	(d810-d839)	0	1	2	3	4	9		
-lavoro e impiego	(d845)	0	1	2	3	4	9		
-vita economica	(d860-d870)	0	1	2	3	4	9		
<b>CONDIZIONE 4-Vita sociale, civile e di comunità</b>									
-ricreazione e tempo libero	(d920)	0	1	2	3	4	9		
<b>CONDIZIONE 5-Prodotti e tecnologia (servizi ed ausili)</b>									
-prodotti e tecnologia per la mobilità ed il trasporto in ambienti interni ed esterni	(e120)	0	1	2	3	4	9		
-prodotti e tecnologia per la comunicazione	(e125)	0	1	2	3	4	9		

\*con esclusione del D845 in quanto viene valutato nella parte relativa alla componente sociale.

**Nota bene:** Se nella condizione n° 1, relativa alla autonomia, un item raggiunge indice pari a 3 oppure 4, la Commissione può passare all'utilizzo della scheda per la valutazione dello stato di handicap permanente in condizione di gravità.

Il soggetto è definito portatore di handicap con carattere di permanenza se è soddisfatta una sola condizione ICF per la componente bio-medica e due condizioni ICF per la componente sociale.

**Componente biomedica:**

- La condizione ICF si ritiene soddisfatta se tutti gli ITEMS di appartenenza hanno indice uguale o superiore a 2.
- L'indice 9 implica la non applicabilità dell'ITEM e pertanto non è efficace nella valutazione delle condizioni ICF.

**Componente sociale:**

- La condizione ICF si ritiene soddisfatta se tutti gli ITEMS di appartenenza hanno indice uguale o superiore a 2.
- L'indice 9 implica la non applicabilità dell'ITEM e pertanto non è efficace nella valutazione delle condizioni ICF.

*[Handwritten signature]*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**VALUTAZIONE CONCLUSIVA  
PARERE DELLA COMMISSIONE  
SUGLI INTERVENTI E PROGETTI DA PORRE IN ATTO**

In particolare i benefici richiesti dall'interessato

( \_\_\_\_\_ )

**favoriscono** il superamento dello svantaggio sociale.

**La Commissione riconosce il soggetto:**

- non in situazione di handicap.
- in situazione di handicap con carattere di permanenza.
- in situazione di handicap in condizione di gravità con carattere di permanenza.
- revisione da effettuarsi entro il \_\_\_\_\_
- Ridotte o impedite capacità motorie senza grave limitazione della deambulazione \_\_\_\_\_

*W*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL DISABILE IN CONDIZIONE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA', CON CARATTERE DI PERMANENZA.**

Sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**-COMPONENTE BIOMEDICA-**

CONDIZIONI	CODICE ICF	INDICE
<b>CONDIZIONE 1-Mobilità</b>		
-cambiare e mantenere una posizione corporea	(d410-d420)	0 1 2 3 4 9
-camminare e spostarsi	(d450-d465)	0 1 2 3 4 9
-trasportare, spostare e maneggiare oggetti	(d430-d445)	0 1 2 3 4 9
-guidare	(d475)	0 1 2 3 4 9
<b>CONDIZIONE 2-Cura della propria persona</b>		
-mangiare/berre	(d550-d560)	0 1 2 3 4 9
-bisogni corporali	(d530)	0 1 2 3 4 9
-lavarsi/prendersi cura del corpo	(d510-d520)	0 1 2 3 4 9
-vestirsi	(d540)	0 1 2 3 4 9
<b>CONDIZIONE 3-Compiti e richieste generali</b>		
-intraprendere un compito singolo	(d210)	0 1 2 3 4 9
-intraprendere compiti articolati	(d220)	0 1 2 3 4 9
-eseguire la routine quotidiana	(d230)	0 1 2 3 4 9
-gestire la tensione	(d240)	0 1 2 3 4 9
<b>CONDIZIONE 4-Apprendimento e applicazione delle conoscenze</b>		
-guardare	(d110)	0 1 2 3 4 9
-pensiero	(d163)	0 1 2 3 4 9
-lettura	(d166)	0 1 2 3 4 9
-scrittura	(d170)	0 1 2 3 4 9
<b>CONDIZIONE 5-Comunicazione</b>		
-ricevere messaggi verbali	(d310)	0 1 2 3 4 9
-ascoltare	(d115)	0 1 2 3 4 9
-parlare	(d330)	0 1 2 3 4 9
-produrre messaggi non verbali	(d335)	0 1 2 3 4 9

**- COMPONENTE SOCIALE -**

<b>CONDIZIONE 1-Relazioni e sostegno sociale</b>		
-famiglia	(e310-e315)	0 1 2 3 4 9
-persone che forniscono aiuto o assistenza	(e340)	0 1 2 3 4 9
-operatori sanitari/altri operatori	(e355-e360)	0 1 2 3 4 9
<b>CONDIZIONE 2-Vita domestica</b>		
-procurarsi beni e servizi	(d620)	0 1 2 3 4 9
-preparare pasti	(d630)	0 1 2 3 4 9
-fare i lavori di casa	(d640)	0 1 2 3 4 9
<b>CONDIZIONE 3-Aree di vita principali</b>		
-istruzione	(da d810 a	0 1 2 3 4 9

W



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

-lavoro e impiego	d839)	0	1	2	3	4	9
-vita economica	(d845) (d860-d870)	0	1	2	3	4	9
<b>CONDIZIONE 4-Vita sociale, civile e di comunità</b>							
-ricreazione e tempo libero	(d920)	0	1	2	3	4	9
<b>CONDIZIONE 5-Prodotti e tecnologia (servizi ed ausili)</b>							
-prodotti e tecnologia per la mobilità ed il trasporto in ambienti interni ed esterni	(e120) (e125)	0	1	2	3	4	9
-prodotti e tecnologia per la comunicazione		0	1	2	3	4	9

**Il soggetto è definito in situazione di handicap in condizione di gravità, con carattere di permanenza, se sono soddisfatte due condizioni ICF per la componente bio-medica e due condizioni ICF per la componente sociale.**

**Componente bio-medica:**

- Le due condizioni ICF si ritengono soddisfatte se tutti gli ITEMS di appartenenza hanno indice pari o superiori a 3.
- Tra i 18 e i 65 anni le due condizioni ICF si ritengono soddisfatte anche se in una delle due vi è un item con indice pari a 2.
- L'indice 9 implica la non applicabilità dell'ITEM e pertanto non è efficace nella valutazione delle condizioni ICF.

**Componente sociale:**

- Le due condizioni ICF si ritengono soddisfatte se tutti gli ITEMS di appartenenza hanno indice pari o superiore a 3.
- L'indice 9 implica la non applicabilità dell'ITEM e pertanto non è efficace nella valutazione delle condizioni ICF.

**VALUTAZIONE CONCLUSIVA  
PARERE DELLA COMMISSIONE  
SUGLI INTERVENTI E PROGETTI DA PORRE IN ATTO**

In particolare i benefici richiesti dall'interessato

(\_\_\_\_\_)

**favoriscono** il superamento dello svantaggio sociale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**La Commissione riconosce il soggetto:**

- non in situazione di handicap.
- in situazione di handicap con carattere di permanenza.
- in situazione di handicap in condizione di gravità con carattere di permanenza.
- revisione da effettuarsi entro il \_\_\_\_\_
  
- Ridotte o impedito capacità motorie senza grave limitazione della deambulazione \_\_\_\_\_
- Grave limitazione della capacità di deambulazione o pluriamputazioni \_\_\_\_\_
- Disabilità psichica \_\_\_\_\_



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A 2)

GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEL SOGGETTO IN CONDIZIONE DI HANDICAP CON CARATTERE DI PERMANENZA

**Condizione 1 - Autonomia**

1) **camminare e spostarsi (d450-d469)**: muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo. Trasferire tutto il corpo da un posto all'altro con modalità diverse dal camminare, come arrampicarsi su una roccia o correre per la strada, saltellare, saltare o correre attorno a ostacoli.

2) **compiti e richieste generali**:

-**intraprendere un compito singolo (d210)**: compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate, correlate alle componenti fisiche e mentali di un compito singolo, come iniziare un compito, organizzare il tempo, lo spazio e i materiali necessari, stabilirne i tempi di esecuzione ed eseguire, completare e sostenere un compito.

-**intraprendere compiti articolati (d220)**: compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate, come componenti di compiti articolati, integrati e complessi in sequenza o simultaneamente.

-**eseguire la routine quotidiana (d230)**: compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate per pianificare, gestire e completare le attività richieste dai procedimenti o dalle incombenze quotidiane (ad esempio: organizzare il proprio tempo e pianificare le diverse attività nel corso della giornata).

-**gestire la tensione (d240)**: eseguire azioni semplici o complesse e coordinate per gestire e controllare le richieste di tipo psicologico necessarie per eseguire compiti che comportano significative responsabilità ossia stress distrazioni e crisi. il soggetto non è in grado di eseguire azioni contrastanti lo stress a cui può essere sottoposto.

3) **cura della propria persona**

-**lavarsi/prendersi cura del corpo (d510-d520)**: lavare ed asciugare il proprio corpo o parti di esso, utilizzando acqua e materiali o metodi di pulizia e asciugatura adeguati.

-**bisogni corporali (d530)**: pianificare ed espletare l'eliminazione di prodotti organici e pulirsi.

-**vestirsi (d540)**: eseguire le azioni coordinate e finalizzate nonché i compiti del mettersi e togliersi indumenti e calzature in sequenza ed in accordo con le condizioni climatiche e sociali.

-**mangiare (d550)**: eseguire azioni coordinate e finalizzate di mangiare il cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire bottiglie e lattine, usare posate, consumare i pasti, banchettare

-**bere (d560)**: prendere una bevanda, portarla alla bocca e consumarla in modi culturalmente accettabili, mescolare, rimescolare e versare liquidi da bere, aprire bottiglie e lattine, bere dalla cannuccia o bere acqua corrente, come da un rubinetto o da una sorgente; allattare al seno.

**Condizione 2 - Apprendimento e applicazione di conoscenze - comunicazione**

1) **Acquisizione di abilità (d155)**: capacità basilari e complesse integrate ad azioni o compiti che consentano di acquisire un'abilità come utilizzare strumenti o giocare.

2) **comunicare d310-d335**:

-**ricevere messaggi verbali (d310)**: comprendere i significati letterali ed impliciti dei messaggi nel linguaggio parlato (comprendere che un'affermazione sostiene un fatto o è un'espressione idiomatica).

-**ricevere messaggi non verbali (d315)**: comprendere i significati letterali e impliciti di messaggi comunicati tramite gesti, simboli e disegni.

-**parlare (d330)**: produrre parole, frasi e brani più lunghi all'interno di messaggi verbali con



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

150

significato letterale ed implicito (esporre un fatto o raccontare una storia attraverso un linguaggio verbale).

- produrre messaggi non verbali (d335)**: usare segni, simboli e disegni per comunicare significati, come scuotere la testa per indicare disaccordo o disegnare un'immagine o un grafico per comunicare un fatto o un'idea complessa.
- 3) risoluzione di problemi (d175)**: trovare soluzioni a problemi o situazioni identificando e analizzando le questioni, sviluppando opzioni e soluzioni, valutandone i potenziali effetti e mettendo in atto la soluzione prescelta.
- 4) prendere decisioni (d177)**: capacità di scegliere tra più opzioni, metterle in atto e saper valutare le conseguenze.

**Condizione 3 - Interazioni e relazioni interpersonali**

- 1) interazioni interpersonali semplici (d710)**: capacità di interagire con le persone con modalità contestualmente e socialmente adeguate.
- 2) interazioni interpersonali complesse (d720)**: capacità di interagire con le persone con modalità contestualmente e socialmente adeguate, regolando emozioni ed impulsi controllando l'aggressività ed agendo nel rispetto di ruoli e convenzioni sociali.
- 3) relazioni familiari (d760)**: capacità di creare e mantenere relazioni di parentela.
- 4) relazioni intime (d770)**: creare e mantenere relazioni e rapporti stretti o sentimentali.

**Condizione 4 - Integrazione lavorativa**

- 1) lavoro e impiego (d840-d855)**: impegnarsi nell'addestramento al lavoro; cercare, trovare e scegliere un impiego, essere assunti ed accettare un impiego; impegnarsi in tutti gli aspetti del lavoro, come occupazione, mestiere, professione, come lavoratore dipendente, a tempo pieno o part-time o come lavoratore autonomo; eseguire i compiti richiesti dal lavoro, dirigere altri lavoratori o essere diretti da altri; impegnarsi in tutti gli aspetti del lavoro in cui non viene pagato un compenso, incluse attività di lavoro organizzato, come nel volontariato o nelle opere di beneficenza o all'interno di un gruppo religioso.

**GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEL DISABILE IN CONDIZIONE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA', CON CARATTERE DI PERMANENZA.**

**Condizione 1 - Mobilità**

- 1) Cambiare e mantenere una posizione corporea (d410-d420)**: Cambiare la posizione corporea di base ossia assumere ed abbandonare una posizione corporea e muoversi da una collocazione all'altra.

**Gli items di maggiore rilevanza sono:**

- d4100 sdraiarsi**: assumere ed abbandonare una posizione sdraiata o cambiare posizione corporea da orizzontale ad un'altra posizione.
- d4103 sedersi**: assumere e abbandonare la posizione seduta e cambiare posizione corporea da seduti ad una qualsiasi altra posizione.
- d4104 stare in posizione eretta**: assumere ed abbandonare la posizione eretta o cambiare posizione corporea da eretta ad una qualsiasi altra posizione.
- d4154 mantenere una posizione eretta**: rimanere in una posizione eretta per il tempo richiesto, come quando si sta in coda.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2) **Camminare e spostarsi (d450-d465)**: muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo; trasferire tutto il corpo da un posto all'altro con modalità diverse dal camminare; spostarsi usando apparecchiature/ausili specializzate per facilitare lo spostamento come muoversi per la strada usando la sedia a rotelle o un deambulatore.

**Gli items di maggiore rilevanza sono:**

-**d4500 camminare per brevi distanze**: camminare per alcuni metri, come nel camminare per stanze e corridoi o all'interno di un edificio o per brevi distanze all'aperto.

-**d4501 camminare per lunghe distanze**: camminare per più di un chilometro, come attraverso un paese o una città, tra paesi o attraverso spazi aperti.

-**d4502 camminare su superfici diverse**: camminare su superfici inclinate, irregolari o in movimento, come su erba, ghiaia o ghiaccio e neve, o camminare a bordo di una nave, un treno o un altro veicolo.

-**d4552 correre**: muoversi a passi veloci in modo che entrambi i piedi possano essere simultaneamente staccati dal suolo.

-**d4600 spostarsi all'interno della casa**: camminare e spostarsi nella propria casa, in una stanza, tra le stanze e attorno a tutta l'abitazione o area in cui si vive.

-**d4601 spostarsi all'interno di edifici diversi da casa propria**: camminare e spostarsi all'interno di edifici diversi dalla propria abitazione, come muoversi all'interno della casa di altre persone, altri edifici privati, edifici comunitari e pubblici e le aree collegate.

3) **Trasportare, spostare e maneggiare oggetti (d430-d445)**: Sollevare un oggetto o portare un oggetto da un posto all'altro, come prendere in mano una tazza o portare un oggetto da una stanza ad un'altra; compiere le azioni coordinate del maneggiare oggetti, raccogliarli, manipolarli e lasciarli andare usando una mano, dita e pollice, come necessario per raccogliere delle monete da un tavolo o per comporre un numero al telefono o girare una maniglia ovvero svolgere azioni coordinate volte a muovere un oggetto usando le gambe e i piedi come dare un calcio ad un pallone o spingere i pedali di una bicicletta.

**Gli items di maggiore rilevanza sono:**

-**d4300 sollevare**: sollevare un oggetto per muoverlo da un livello più basso ad uno più alto (es.: sollevare un oggetto da un tavolo).

-**d4301 portare con le mani**: portare o trasportare un oggetto da un posto ad un altro usando le mani (ad es.: portare un bicchiere o un altro oggetto).

-**d4305 posare degli oggetti**: usare mani, braccia o altre parti del corpo per appoggiare uno più oggetti su una superficie o su un piano (ad es.: appoggiare per terra un oggetto).

-**d4450 tirare**: usare dita, mani e braccia per avvicinare a sé un oggetto o per spostarlo da un posto all'altro, come nell'aprire una porta chiusa.

4) **Guidare (d475)**: essere ai comandi di e far muovere un veicolo o l'animale che lo tira, viaggiare secondo i propri comandi o avere a propria disposizione un qualsiasi mezzo di trasporto, come un automobile, una bicicletta, una barca o un veicolo a trazione animale.

**Condizione 2 - Cura della propria persona**

1) **Mangiare (d550)**: eseguire azioni coordinate e finalizzate di mangiare il cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire bottiglie e lattine, usare posate, consumare i pasti, banchettare/**Bere (d560)**: prendere una bevanda, portarla alla bocca e consumarla in modi culturalmente accettabili, mescolare, rimescolare e versare liquidi da bere, aprire bottiglie e lattine, bere dalla cannuccia o bere acqua corrente, come da un rubinetto o da una sorgente; allattare al seno.

**N.b. le attività debbono essere perse entrambe.**: considerare l'attività persa solo nei casi in cui non si riesca a portare il cibo alla bocca, ovvero non si riesca a masticarlo ed inghiottirlo (consumar-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

152

lo). La perdita delle attività di tagliare o spezzare il cibo in pezzi e di usare le posate intergrano la difficoltà grave ma non completa. Funzione del bere: considerare l'attività persa solo nei casi in cui non si riesca a portare la bevanda alla bocca, ovvero non si riesca a consumarla (deglutirla). La perdita delle attività di aprire le bottiglie e di versare la bevanda e mescolarla intergrano la difficoltà grave ma non completa.

**2) Bisogni corporali (d530):** pianificare ed espletare l'eliminazione di prodotti organici e pulirsi.

**Gli items di maggiore rilievo sono:**

**-d5300 Regolazione della minzione:** indicare il bisogno, scegliere e raggiungere il luogo, rimuovere gli indumenti, assumere la giusta posizione, lavarsi e aggiustare gli indumenti.

**-d5301 Regolazione della defecazione:** indicare il bisogno, scegliere e raggiungere il luogo, rimuovere gli indumenti, assumere la giusta posizione, lavarsi e aggiustare gli indumenti.

Le attività connesse con la pianificazione, la esecuzione e la pulizia appaiono tutte importanti nella gestione in autonomia del dominio tanto che la difficoltà completa è assegnata a tutti i casi in cui almeno una di tali attribuzioni sia completamente abolita. La difficoltà nel gestire le attività di pianificazione, esecuzione e pulizia che implicano l'utilizzo di un maggior tempo ed impegno, con la necessità di aiuto di un'altra persona intergrano la difficoltà grave ma non completa.

**3) Lavarsi/prendersi cura del corpo (d510-d520):** Lavare ed asciugare il proprio corpo o parti di esso, utilizzando acqua e materiali o metodi di pulizia e asciugatura adeguati.

**L'item di maggior rilievo è:**

**-d5100 lavare parti del corpo:** ossia applicare acqua, sapone ed altre sostanze su parti del corpo, come le mani, la faccia, i piedi, i capelli e le unghie per pulirle.

**N.B.:** la difficoltà completa è assegnata in casi in cui c'è l'incapacità a lavare le parti principali del corpo, quali mani e faccia, mentre la difficoltà grave è assegnata quando lavare le parti principali del corpo, quali mani e faccia è possibile ma con l'aiuto di un'altra persona.

**4) Vestirsi (d540):** Eseguire le azioni coordinate e finalizzate nonché i compiti del mettersi e togliersi indumenti e calzature in sequenza ed in accordo con le condizioni climatiche e sociali.

**L'item di maggior rilievo è:**

**-d5400 mettersi indumenti:** eseguire i compiti coordinati dell'indossare vestiti su varie parti del corpo come, per esempio, indossare indumenti sul capo, sulle braccia, sulle spalle, ecc.

**N.B.:** la difficoltà completa è assegnata quando c'è l'incapacità a mettersi gli indumenti principali, mentre la difficoltà grave consiste nel mettersi gli indumenti solo con l'aiuto di un'altra persona.

**Condizione 3 - Compiti e richieste generali**

**1) Intraprendere un compito singolo (d210):** compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate, correlate alle componenti fisiche e mentali di un compito singolo, come iniziare un compito, organizzare il tempo, lo spazio e i materiali necessari, stabilirne i tempi di esecuzione ed eseguire, completare e sostenere un compito.

**Gli items di maggiore rilievo:**

**-d2100 intraprendere un compito semplice:** predisporre, dare inizio e stabilire il tempo e lo spazio richiesti per un compito semplice; eseguire un compito semplice con un'unica importante componente, come leggere un libro, scrivere una lettera o fare il proprio letto.

**-d2101 intraprendere un compito complesso:** predisporre, dare inizio e stabilire il tempo e lo spazio richiesti per un solo compito complesso; eseguire un compito complesso con più componenti, che possono essere svolte in sequenza o simultaneamente, come predisporre i mobili della propria casa o completare un compito per la scuola.

**-d2102 intraprendere un compito singolo autonomamente:** predisporre, stabilire e stabilire il tempo e lo spazio richiesti per un compito semplice o complesso; gestire ed eseguire un compito da soli e senza l'assistenza di altri.

W



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**-d2103 intraprendere un compito singolo in gruppo:** predisporre, dare inizio e stabilire il tempo e lo spazio richiesti per un singolo compito, semplice o complesso; gestire ed eseguire un compito insieme a persone coinvolte in alcune o in tutte le fasi del compito.

- 2) **Intraprendere compiti articolati (d220):** compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate, come componenti di compiti articolati, integrati e complessi in sequenza o simultaneamente.
- 3) **Eseguire la routine quotidiana (d230):** compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate per pianificare, gestire e completare le attività richieste dai procedimenti o dalle incombenze quotidiane (ad esempio: organizzare il proprio tempo e pianificare le diverse attività nel corso della giornata).

**L'item di maggior rilievo è:**

**-gestire la routine quotidiana (d2301):** compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate per pianificare e gestire le attività richieste dai procedimenti o dalle incombenze quotidiane.

- 4) **Gestire la tensione (d240):** Eseguire azioni semplici o complesse e coordinate per gestire e controllare le richieste di tipo psicologico necessarie per eseguire compiti che comportano significative responsabilità ossia stress distrazioni e crisi. Il soggetto non è in grado di eseguire azioni contrastanti lo stress a cui può essere sottoposto.

**L'item di maggiore rilevanza è:**

**-gestire lo stress (d2401):** eseguire azioni semplici o complesse e coordinate per fare fronte alla pressione, alle emergenze ed allo stress associate all'esecuzione di un compito.

**Condizione 4 - Apprendimento e applicazione delle conoscenze**

- 1) **Guardare (d110):** utilizzare il senso della vista intenzionalmente per sperimentare stimoli visivi come guardare un evento.
- 2) **Pensare (d163):** formulare e trattare idee, concetti ed immagini finalizzate ad uno scopo come creare un racconto, meditare, speculare o riflettere.
- 3) **Lettura (d166):** attività di comprensione ed interpretazione del linguaggio scritto con lo scopo di acquisire conoscenze generali o informazioni specifiche. Nel minore andrà specificata, se esistente, la comprensione simbolica.
- 4) **Scrittura (d170):** utilizzare o produrre simboli o linguaggio per comunicare informazioni, come produrre una documentazione scritta di eventi o idee o scrivere una lettera.

**Condizione 5 - Comunicazione**

- 1) **Ricevere messaggi verbali (d310):** comprendere i significati letterali ed impliciti dei messaggi nel linguaggio parlato (comprendere che un'affermazione sostiene un fatto o è un'espressione idiomatica).
- 2) **Ascoltare (d115): utilizzare il senso dell'udito intenzionalmente per sperimentare stimoli uditivi come ascoltare la radio, della musica o un discorso.**
- 3) **Parlare (d330):** produrre parole, frasi e brani più lunghi all'interno di messaggi verbali con significato letterale ed implicito (esporre un fatto o raccontare una storia attraverso un linguaggio verbale).
- 4) **Produrre messaggi non verbali (d335):** usare segni, simboli e disegni per comunicare significati, come scuotere la testa per indicare disaccordo o disegnare un'immagine o un grafico per comunicare un fatto o un'idea complessa.

**L'item di maggiore rilevanza è:**

**-produrre gesti con il corpo (d3350):** comunicare un significato tramite movimenti del corpo, quali la mimica facciale (ad es. sorridere, aggrottare la fronte, trasalire), movimenti del braccio e della mano e posture (ad es. abbracciare per dimostrare affetto).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A 3)

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP**

**GUIDA per la compilazione della parte relativa alla valutazione sociale**

**CONDIZIONE 1 - RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE**

*Famiglia* (comprendente i punti n. 1, 2 e 3 della scheda del territorio)

indice 3-4: per disabile solo, famiglia multiproblematica, presenza di altri soggetti in situazione di handicap o disagio, possibilità assistenziali minime

indice 2-3: può contare solo su un familiare

indice 1: inserito presso RSA, casa di riposo, centri residenziali

indice 0: non necessita di assistenza

*Persone che forniscono aiuto o assistenza* (punto n. 4 della scheda del territorio)

Viene valutato il cosiddetto "peso" del bisogno

indice 3-4: se l'intervento assistenziale è continuativo e globale

indice 2-3: se l'intervento assistenziale è parziale o finalizzati ad attività specifiche

indice 1: lieve bisogno

indice 0: nessun bisogno

*Operatori sanitari/altri operatori* (punto n. 5 della scheda del territorio)

indice 3-4: se si rileva la necessità di interventi sociosanitari e/o assistenziali e non sono stati attivati

indice 2-3: se sono stati attivati servizi e non sono sufficienti

indice 1: se sono stati attivati servizi e sono sufficienti

indice 0: soggetti assistiti in regime residenziali o che non necessitano di interventi sociosanitari e/o assistenziali

**CONDIZIONE 2 – VITA DOMESTICA** (comprendente i punti n. 6, 7 e 8 della scheda del territorio)

*Procurarsi beni e servizi – Preparare pasti – Fare i lavori di casa*

indice 3-4: non autonomo

indice 2-3: parzialmente autonomo

indice 1: lieve difficoltà

indice 0: autonomo

**CONDIZIONE 3 – AREE DI VITA PRINCIPALI**

*Istruzione* (comprendente i punti n. 9 e 10 della scheda del territorio)

indice 3-4: con assistenza da 12 a 18 ore

indice 2-3: con assistenza da 6 a 12 ore

indice 1: con almeno 6 ore di assistenza

indice 0: senza alcuna assistenza

*Lavoro e impiego* (punto n. 11 della scheda adulti del territorio)

indice 3-4: non autonomo

indice 2-3: parzialmente autonomo

indice 1: lieve difficoltà

indice 0: autonomo

*Vita economica* (punto n. 12 della scheda adulti del territorio)

indice 3-4: non autonomo



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

indice 2-3: parzialmente autonomo  
indice 1: lieve difficoltà  
indice 0: autonomo

**CONDIZIONE 4 – VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ** (comprendente i punti n. 13, 14, 15 della scheda adulti del territorio e i punti n. 11 e 12 della scheda minori del territorio)

Ricreazione e tempo libero

CON RISPOSTA **SI**

indice 3-4: non autonomo  
indice 2-3: parzialmente autonomo  
indice 1: lieve difficoltà  
indice 0: autonomo

CON RISPOSTA **NO**

indice 3-4: interrotto  
indice 2-3: ostacolato  
indice 0-1: assenza di interesse

**CONDIZIONE 5 – PRODOTTI E TECNOLOGIA (SERVIZI E AUSILI)**

Prodotti e tecnologia per la mobilità ed il trasporto in ambienti interni ed esterni (comprendente il punto n. 16 della scheda adulti del territorio e il punto n. 13 della scheda minori del territorio)

indice 3-4: presenza di barriere e assenza di ausili  
indice 2-3: parziale presenza di barriere e carenza di ausili  
indice 1: lieve difficoltà  
indice 0: nessuna difficoltà

Prodotti e tecnologia per la comunicazione (comprendente il punto n. 17 della scheda adulti del territorio e il punto n. 14 della scheda minori del territorio)

indice 3-4: necessità indispensabili di ausili e protesi per la comunicazione  
indice 2-3: ha necessità parziale di ausili  
indice 1: lieve necessità  
indice 0: non ha necessità di ausili o facilitatori

L'indice 9 corrisponde ad una valutazione NON APPLICABILE (per es. nel minore o nel pensionato, la condizione "lavoro impiego" risulterà 9, pertanto servono per il indice le restanti voci di quel dominio).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A 4)

REGIONE MARCHE

Data di compilazione \_\_\_\_\_

ASUR

ZONA TERRITORIALE N. \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE SOCIALE**  
**GRADO DI FUNZIONALITA' DELL'AMBIENTE SOCIALE E FISICO**  
(fattori ambientali - attività e partecipazione - servizi e ausili)  
**SCHEDA ADULTI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_ Altro domicilio \_\_\_\_\_

Figura di riferimento \_\_\_\_\_

Tutore legale (altro) \_\_\_\_\_

Diagnosi clinica \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Già riconosciuto ai sensi della L. 104/92	SI	NO	
Titolare di patente di guida	SI	NO	
Invalido civile	SI	NO	% _____
Indennità di accompagnamento	SI	NO	

Note (rivedibilità, eventuali annotazioni) \_\_\_\_\_

**RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE**

**BREVI CENNI SULLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

- VIVE SOLO
- VIVE CON UN SOLO FAMILIARE
- VIVE CON PIÙ FAMILIARI

NOTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**1. NUMERO FAMILIARI CHE PRESTANO ASSISTENZA**

- NON NECESSITA DI ASSISTENZA
- NESSUN FAMILIARE
- PUÒ CONTARE SOLO SU UN FAMILIARE
- PUÒ CONTARE SULL'AIUTO DI PIÙ FAMILIARI

ALTRO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. POSSIBILITA' ASSISTENZIALI DEI FAMILIARI O DI ALTRI SOGGETTI** (Specificare eventuali impedimenti e la loro natura)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali problemi di salute vanno opportunamente certificati

**3. PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI DISABILITA' O DISAGIO**

SI NO

Se SI specificare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. NECESSITA' DI PERSONE CHE FORNISCONO AIUTO O ASSISTENZA**

(nelle attività quotidiane, nel sostentamento o in altre situazioni di vita)

SI NO

Se SI specificare (volontariato, aiuto a pagamento, altro)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. INTERVENTI SOCIO-SANITARI E/O ASSISTENZIALI**

SI NO

Se NO segnalare eventuali necessità

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se SI

quali in atto (per es. inserimento presso casa di riposo, casa famiglia/istituto, frequenza centri diurni, ADI, SAD, fisioterapia, educativa domiciliare RSA ecc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalare eventuali ulteriori necessità

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

158

VITA DOMESTICA

**6. PROCURARSI BENI E SERVIZI** (*comperare e procurarsi ciò che serve quotidianamente*)

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

**7. PREPARARE I PASTI**

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

**8. FARE I LAVORI DI CASA**

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

AREE DI VITA PRINCIPALI

**9. ISTRUZIONE** (*avere accesso all'istruzione scolastica*)

- |  | SI | NO              |
|--|----|-----------------|
| <input type="checkbox"/> senza alcuna assistenza             |    |                 |
| <input type="checkbox"/> con insegnante di sostegno          | SI | NO N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> con assistenza educativa scolastica | SI | NO N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> con assistenza tutelare             | SI | NO N. ORE _____ |

**Se NO**

specificare le motivazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. INSERIMENTO PRESSO CENTRI SOCIO-EDUCATIVI RIABILITATIVI**

- |  | SI | NO              |
|--|----|-----------------|
| <input type="checkbox"/> CON ASSISTENZA EDUCATIVA INDIVIDUALE<br>(erogata dal comune di residenza) | SI | NO N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> CON ASSISTENZA TUTELEARE<br>(erogata dal comune di residenza)             | SI | NO N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> SENZA ALCUNA ASSISTENZA   |    |                 |

**Se NO**

specificare le motivazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*h*

*~*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**11. LAVORO E IMPIEGO** (*capacità di cercare, trovare e scegliere un impiego. Mantenere un impiego*)

SI NO

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

**Se occupato**

- La sede è raggiungibile in autonomia
- La sede non è raggiungibile in autonomia
- Lavora a domicilio

ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. VITA ECONOMICA** (*intesa come autosufficienza economica*)

- AUTONOMO ECONOMICAMENTE
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

Specificare la situazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'

**13. PARTECIPAZIONE ALLA VITA DI COMUNITA'**

(*impegnarsi in circoli, organizzazioni sociali, professionali*)

SI NO

**SE SI**

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- CON NECESSITA' DI ASSISTENZA

**SE NO SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE**

- ASSENZA DI INTERESSE
- OSTACOLATO (BARRIERE ARCHITETTONICHE E/O SOCIALI)
- INTERROTTO A CAUSA DELLA MINORAZIONE

ALTRO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

160

**11. LAVORO E IMPIEGO** (*capacità di cercare, trovare e scegliere un impiego. Mantenere un impiego*)

SI NO

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

**Se occupato**

- La sede è raggiungibile in autonomia
- La sede non è raggiungibile in autonomia
- Lavora a domicilio

ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. VITA ECONOMICA** (*intesa come autosufficienza economica*)

- AUTONOMO ECONOMICAMENTE
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

**Specificare la situazione** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'

**13. PARTECIPAZIONE ALLA VITA DI COMUNITA'**

(*impegnarsi in circoli, organizzazioni sociali, professionali*)

SI NO

**SE SI**

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- CON NECESSITA' DI ASSISTENZA

**SE NO SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE**

- ASSENZA DI INTERESSE
- OSTACOLATO (BARRIERE ARCHITETTONICHE E/O SOCIALI)
- INTERROTTO A CAUSA DELLA MINORAZIONE

ALTRO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

14. PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' SPORTIVE

SI NO

SE SI

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- CON NECESSITA' DI ASSISTENZA

SE NO SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE

- ASSENZA DI INTERESSE
- OSTACOLATO (BARRIERE ARCHITETTONICHE E/O SOCIALI)
- INTERROTTO A CAUSA DELLA MINORAZIONE

ALTRO

---

---

---

15. PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' RICREATIVE E DI TEMPO LIBERO (centri di aggregazione, giovanili ecc.)

SI NO

SE SI

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- CON NECESSITA' DI ASSISTENZA

SE NO SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE

- ASSENZA DI INTERESSE
- OSTACOLATO (BARRIERE ARCHITETTONICHE E/O SOCIALI)
- INTERROTTO A CAUSA DELLA MINORAZIONE

ALTRO

---

---

---



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

162

PRODOTTI E TECNOLOGIA (servizi ed ausili)

**16. PRODOTTI E TECNOLOGIA PER LA MOBILITA' ED IL TRASPORTO IN AMBIENTI INTERNI ED ESTERNI**

- contesto abitativo privo di barriere architettoniche interne od esterne
- contesto abitativo con barriere architettoniche interne ed esterne che impediscono la piena o parziale autonomia del soggetto, con limitazioni anche delle funzioni di assistenza
- abita in una zona con elevata possibilità di accedere a servizi di svariato genere (trasporti, servizi socio-sanitari, servizi di prima necessità)
- vive in una zona con limitata possibilità di accedere a servizi di svariato genere
- vive in una zona con scarsa possibilità di accedere a servizi di svariato genere
- uso di ausili tecnici che consentono il superamento, anche parziale, delle barriere architettoniche facilitando l'autonomia e l'assistenza

SPECIFICARE IL TIPO DI AUSILI IN USO/ALTRO

---



---



---

**17. UTILIZZO DI PRODOTTI E TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE (ausili protesici, facilitatori ecc.)**

SI NO

**Se SI**  
specificare quali prodotti

---



---



---

**Se NO**  
specificare le motivazioni

---



---



---

**Segnalare eventuali necessità**

---



---

RILEVARE LE FINALITA' DELLA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI HANDICAP DI CUI ALLA LEGGE N. 104/92

---



---

L'assistente sociale competente per territorio  
(Comune, Zona Territoriale, Istituti accreditati ecc.)

---

Firma del richiedente/tutore legale

---





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

164

**RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE**

**BREVI CENNI SULLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

genitori padre  madre   
 è figlio unico/ha fratelli-sorelle con età superiore anni 14   
 ha uno/due fratelli con età inferiore a 14 anni   
 più di due fratelli con età inferiore a 14 anni   
 altri parenti conviventi

Note \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**1. NUMERO FAMILIARI CHE PRESTANO ASSISTENZA**

- ha entrambi i genitori e possono contare sull' aiuto costante di altri familiari
- ha soltanto i due genitori che possono farsi carico dell'assistenza
- ha un solo genitore/tutore che può farsi carico dell'assistenza
- altro (minore istituzionalizzato, minore affidato ecc. )

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. POSSIBILITA' ASSISTENZIALI DEI FAMILIARI O DI ALTRI SOGGETTI**  
 (SPECIFICARE EVENTUALI IMPEDIMENTI E LA LORO NATURA)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

EVENTUALI PROBLEMI DI SALUTE VANNO OPPORTUNAMENTE CERTIFICATI

**3. PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' O DISAGIO**

SI NO

SE SI  
 SPECIFICARE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4. NECESSITA' DI PERSONE CHE FORNISCONO AIUTO O ASSISTENZA**

(NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE, NEL SOSTENTAMENTO O IN ALTRE SITUAZIONI DI VITA)

SI NO

*h*

*~*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**SE SI SPECIFICARE**

(VOLONTARIATO, AIUTO A PAGAMENTO, ALTRO)

---



---

**5. INTERVENTI SOCIO-SANITARI E/O ASSISTENZIALI**

SI NO

**SE NO**

SEGNALARE EVENTUALI NECESSITÀ

---



---

**SE SI**

QUALI IN ATTO (PER ES. CASA FAMIGLIA/ISTITUTO, FREQUENZA CENTRI DIURNI, ADI, SAD, FISIOTERAPIA, EDUCATIVA DOMICILIARE ECC.)

---



---

*VITA DOMESTICA (DA 14 ANNI IN SU)*

**6. PROCURARSI BENI E SERVIZI** (COMPERARE E PROCURARSI CIÒ CHE SERVE QUOTIDIANAMENTE)

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

**7. PREPARARE I PASTI**

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

**8. FARE I LAVORI DI CASA**

- IN AUTONOMIA
- PARZIALMENTE AUTONOMO
- NON AUTONOMO

*AREE DI VITA PRINCIPALI*

**9. ISTRUZIONE** (AVERE ACCESSO ALL'ISTRUZIONE SCOLASTICA)

**INSERIMENTO PRESSO:**

- ASILO NIDO
- SCUOLA DELL'INFANZIA
- SCUOLA PRIMARIA
- SCUOLA SECONDARIA INFERIORE
- SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- |  |    |    |              |
|--|----|----|--------------|
| <input type="checkbox"/> senza alcuna assistenza             | SI | NO | N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> con insegnante di sostegno          | SI | NO | N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> con assistenza educativa scolastica | SI | NO | N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> con assistenza tutelare             | SI | NO | N. ORE _____ |

**SE NON INSERITO**

SPECIFICARE LE MOTIVAZIONI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. INSERIMENTO PRESSO CENTRI SOCIO-EDUCATIVI RIABILITATIVI**

**SI NO**

- |  |    |    |              |
|--|----|----|--------------|
| <input type="checkbox"/> con assistenza educativa individuale<br>(EROGATA DAL COMUNE DI RESIDENZA) | SI | NO | N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> con assistenza tutelare<br>(EROGATA DAL COMUNE DI RESIDENZA)              | SI | NO | N. ORE _____ |
| <input type="checkbox"/> senza alcuna assistenza   |    |    |              |

**SE NO**

SPECIFICARE LE MOTIVAZIONI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'*

**11. PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' SPORTIVE**

**SI NO**

**SE SI**

- in autonomia
- parzialmente autonomo
- con necessità di assistenza

**SE NO SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE**

- assenza di interesse
- ostacolato (barriere architettoniche e/o sociali)
- interrotto a causa della minorazione

**ALTRO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**12. PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' RICREATIVE E DI TEMPO LIBERO (CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILI ECC.)**

**SI NO**

**SE SI**

- in autonomia
- parzialmente autonomo
- con necessità di assistenza

**SE NO SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE**

- assenza di interesse
- ostacolato (barriere architettoniche e/o sociali)
- interrotto a causa della minorazione

**ALTRO**

---



---



---

**PRODOTTI E TECNOLOGIA (SERVIZI ED AUSILI)**

**13. PRODOTTI E TECNOLOGIA PER LA MOBILITA' ED IL TRASPORTO IN AMBIENTI INTERNI ED ESTERNI**

- contesto abitativo privo di barriere architettoniche interne od esterne
- contesto abitativo con barriere architettoniche interne ed esterne che impediscono la piena o parziale autonomia del soggetto, con limitazioni anche delle funzioni di assistenza
- abita in una zona con elevata possibilità di accedere a servizi di svariato genere (trasporti, servizi socio-sanitari, servizi di prima necessità)
- vive in una zona con limitata possibilità di accedere a servizi di svariato genere
- vive in una zona con scarsa possibilità di accedere a servizi di svariato genere
- uso di ausili tecnici che consentono il superamento, anche parziale, delle barriere architettoniche facilitando l'autonomia e l'assistenza

**SPECIFICARE IL TIPO DI AUSILI IN USO/ALTRO**

---



---

**14. UTILIZZO DI PRODOTTI E TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE (AUSILI PROTESICI, FACILITATORI ECC.)**

**SE SI**

**SPECIFICARE QUALI PRODOTTI**

---



---



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SE NO  
SPECIFICARE LE MOTIVAZIONI

---

---

SEGNALARE EVENTUALI NECESSITÀ

---

---

**RILEVARE LE FINALITÀ DELLA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI HANDICAP  
DI CUI ALLA LEGGE N. 104/92**

---

---

---

---

L'assistente sociale competente per territorio  
(COMUNE, ZONA TERRITORIALE, ISTITUTI ACCREDITATI ECC.)

---

firma del genitore/tutore legale

---

h

r



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**ALLEGATO B)**

**IPOTESI DI PERCORSO FORMATIVO PER LA PROCEDURA DI ACCERTAMENTO DELLO STATO DI HANDICAP DI CUI ALLA LEGGE 104/92**

In riferimento a quanto elaborato dal gruppo tecnico regionale di medicina legale e dal gruppo degli operatori sociali, in merito alle nuove schede di valutazione dell'handicap permanente e in situazione di gravità, si ritiene indispensabile avviare un percorso di informazione/formazione antecedente l'eventuale utilizzo della nuova modulistica, al fine di condividere i nuovi criteri valutativi elaborati sulla base di quanto previsto nella classificazione ICF.

Per quanto riguarda la componente medico-legale, è opportuno che i dirigenti medici responsabili dei Servizi/Unità Operative di Medicina Legale che hanno partecipato al gruppo tecnico di lavoro e che, quindi, hanno condiviso il rinnovato spirito culturale e metodologico per proporre nuove linee guida operative da adottare nella valutazione delle condizioni di handicap, previste dalla legge 104/92, promuovano specifica attività informativa e formativa.

Si suggerisce, quindi, che tali referenti organizzino un incontro con tutti i componenti delle commissioni socio-sanitarie della Zona Territoriale di appartenenza in cui vengano illustrate le nuove modalità operative e la classificazione ICF, descrivano il nuovo strumento valutativo regionale proposto, chiariscano eventuali criticità.

Auspicabile è, inoltre, un confronto sinergico tra i Servizi/UU.OO. di Medicina Legale e le strutture socio-sanitarie territoriali finalizzato a realizzare la migliore condivisione degli strumenti operativi, ciascuno per quanto di propria competenza.

I Responsabili delle UU.OO. di Medicina Legale delle Zone Territoriali potranno avvalersi, in caso di necessità, della collaborazione dei Servizi di Medicina Legale istituiti, come previsto dalla D.G.R.M. n. 1526/97, nelle Zone Territoriali capoluogo di provincia.

**TEMPI E MODI DELLA FORMAZIONE MEDICO-LEGALE DEI COMPONENTI LE COMMISSIONI**

Sono stabiliti, con apposito atto, dal dirigente della P.F. Sanità Pubblica del Servizio Salute della Giunta regionale.

**TEMPI E MODI DELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SOCIALI**

Sono stabiliti, con apposito atto, dal Dirigente del Servizio Politiche Sociali della Giunta regionale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Handicap

170

ALLEGATO C)

PROCEDURA PER LA DOMANDA E PER L'ACCERTAMENTO DELLO STATO DI HANDICAP

- Il cittadino presenta la domanda su apposito modulo. La domanda deve essere firmata dal richiedente o, nel caso di minore o di soggetto interdetto, dal genitore o dal tutore.
- Nel caso di soggetto temporaneamente impedito a firmare per ragioni di salute, la firma può essere apposta da un familiare secondo le disposizioni delle leggi vigenti (DPR 445/2000).
- Alla domanda deve essere allegato certificato medico contenente le indicazioni anamnestiche, cliniche e diagnostiche relative al soggetto richiedente.
- Alla domanda è allegata fin dall'inizio una "RELAZIONE SOCIALE" redatta da un operatore sociale (assistente sociale) di struttura pubblica o privata accreditata, che illustri, in apposito modulo, (Allegati D ed E), la situazione sociale del soggetto richiedente.
- **Tale relazione, qualora non allegata alla domanda, dovrà essere richiesta dal Servizio/U.O. di Medicina Legale all'interessato, che dovrà provvedere a farla redigere e presentarla al medesimo Servizio/U.O. prima della visita da parte della Commissione.**
- Il Servizio/U.O. di Medicina Legale provvederà a convocare l'interessato a visita medico-legale collegiale, assicurando la presenza dell'esperto nella disciplina relativa alla patologia preminente, così come essa è desumibile dalla certificazione medica allegata alla domanda.
- La convocazione avverrà seguendo l'ordine cronologico di presentazione delle domande, potendo discostarsi da esso soltanto all'interno delle domande pervenute nello stesso mese, in ragione della necessità di ottimizzare la presenza degli esperti.
- I pazienti per i quali dalla certificazione medica risulti una patologia oncologica in atto, sono convocati in deroga all'ordine cronologico, ai sensi della legge 09 marzo 2006, n. 80. Per "patologia oncologica in atto" si intende una malattia neoplastica per la quale il paziente sia attualmente in trattamento, o sia in follow up oncologico da meno di due anni.
- La commissione provvede a visitare l'interessato, e a redigere apposito verbale, completo delle schede approvate dal Servizio Salute e dal Servizio Politiche Sociali della Giunta Regionale.
- Solo nel caso dei pazienti oncologici, definiti come sopra, viene redatto verbale "provvisorio" da consegnare immediatamente all'interessato.
- I successivi adempimenti sono di competenza dell'ufficio amministrativo del Servizio/U.O. di Medicina Legale, secondo quanto previsto dalle norme vigenti.











