

# Notiziario Inca

## N.2/2008

---

Legge 104/92:

tra normativa, esperienze  
umane e professionali





# Notiziario Inca

ANNO XXVI - N. 2 FEBBRAIO 2008

---

## Legge 104/92:

tra normativa, esperienze  
umane e professionali



# Sommario

**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**

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

**ABBONAMENTI**

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  
FEBBRAIO 2008

© Tutte le immagini di questo numero sono tratte da «Manuale di disegno e pittura» di Cornelia Stauffer, Roma 2008

**■ Introduzione**

La legge 104 compie 16 anni 3

**■ Esperienze umane**

INCA per la tutela e l'assistenza ai disabili e alle loro famiglie 11

Mi chiamo Giacomo ed ho tredici anni 15

Il ritorno ad una vita «quasi» normale 17

Alcune storie legate alla fruizione dei diritti della legge 104 19

Telelavoro e... complicazioni 21

**■ Esperienze professionali**

Un nuovo ruolo per la garanzia del diritto del cittadino 25

Il diritto del disabile in attesa della riforma  
sulla disabilità e l'assistenza 29

Handicap: la sottovalutazione dei fattori sociali 37

**■ Documentazione**

Progetti di legge: AC 71 - AC 1902 - AC 2208 45

Deliberazione legislativa n. 64/08 Regione Emilia Romagna 59

Legge 104: i soggetti interessati possono accedere  
alla documentazione 83

Valutazione medico-legale della dislessia 87

Recenti agevolazioni per servizi telefonici  
ed esonero canone TV 91

# Introduzione

## La legge 104 compie 16 anni

di **Patrizia Sparti**\*



*Cornelia Stauffer*

**H**a compiuto da poco sedici anni e si contraddistingue, fra tanti altri provvedimenti legislativi, per essere un gran bella legge, la legge-quadro sui diritti delle persone con disabilità<sup>1</sup>.

Nel 1992 eravamo nel secolo scorso, eppure questa normativa è tuttora rilevante ed attuale nei contenuti. Non ci sono, a nostra conoscenza, altre leggi di questo tenore in Europa, nemmeno in materia di integrazione scolastica. Tant'è che rappresentanti di istituzioni scolastiche estere vengono a visitare le nostre scuole dove bambini disabili e bambini normali frequentano la stessa classe e studiano insieme, perché lo considerano un esperimento interessante, un approccio intelligente all'integrazione delle persone con difficoltà e sono intenzionati a proporlo nelle loro realtà dove esistono ancora le classi speciali.

I diritti promossi con l'articolo 33 della legge 104 sono ormai pressoché totalmente esigibili, il cammino è stato tuttavia non facile. Essi sono entrati nella vita di tante lavoratrici e tanti lavoratori a piccoli passi; il cosiddetto «spirito della legge» ha faticato un po' a farsi largo tra interpretazioni restrittive e vuoti normativi.

Una prima integrazione normativa nel 1993 (l. 423) stabilì la retribuità dei permessi e da allora coloro che si assentano dal lavoro in virtù della legge 104 non possono essere penalizzati

\* Area danni da lavoro e sanità  
INCA CGIL nazionale

<sup>1</sup> È recente la notizia che il Consiglio dei ministri ha approvato il disegno di legge di ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

sul trattamento salariale. La retribuzione è per tutti i permessi pari al 100%, anticipata dal datore di lavoro ma a carico dell'istituto previdenziale nel settore privato, a carico dell'ente datore di lavoro nel settore pubblico. Vi è tuttavia un'eccezione: il prolungamento del congedo parentale viene retribuito con un trattamento pari al 30% dell'ultima retribuzione percepita poiché segue le norme del congedo parentale.

Sul piano retributivo, vale ricordare che tutti i permessi e congedi concessi per handicap non possono essere causa di penalizzazioni retributive ai loro fruitori: vi è il diritto alla 13<sup>a</sup> mensilità e alle altre eventuali mensilità aggiuntive, così come essi sono utili alla maturazione delle ferie. Anche nel caso di congedo biennale retribuito.

Ma la svolta fu nel 2000, quando con legge 53 il legislatore dispose la copertura contributiva figurativa dei permessi lavorativi previsti con legge 104, e quindi una loro valenza ai fini del trattamento pensionistico, e chiarì che non era necessario convivere con il familiare disabile per aver diritto ai permessi.

La contribuzione figurativa è piena, cioè uguale nel valore a quella effettiva, per tutti i permessi salvo – nel settore privato – il permesso orario giornaliero che gode di un accredito figurativo convenzionale pari al doppio dell'importo dell'assegno sociale nell'anno interessato. In questo caso è data la possibilità alla lavoratrice o al lavoratore di integrare il valore della contribuzione con il riscatto o con i versamenti volontari. Anche in occasione di fruizione del prolungamento del congedo parentale, il lavoratore o la lavoratrice ha diritto ad una copertura contributiva figurativa del 100% nel privato, mentre nel comparto pubblico pari al 30% di contribuzione effettiva e 70% di contribuzione figurativa.

Infine, la legge 53 istituì il congedo biennale per gravi e documentati motivi familiari (non retribuito) e demandò ad altra norma l'istituzione del particolare congedo biennale, retribuito, per genitori di figli gravemente disabili.

L'ultimo tassello di integrazione della norma è ad opera del T.u. d.lgs. 151/2001, che da un lato sussume il comma 1 dell'articolo 33, la disposizione cioè che interessa i genitori di figli in tenera età con grave disabilità amplificandone la portata, dall'altro lato istituisce il congedo biennale retribuito. Una norma attesa e voluta dalle associazioni dei genitori di bambini disabili, alle quali il legislatore rispose positivamente.

La necessità di migliorare alcune parti della legge con tre sentenze della Corte Costituzionale nulla toglie alla positiva ed avanzata tutela disposta dal legislatore in questa materia.

Al congedo biennale invece viene tolto un iniziale requisito sanitario di grave handicap posseduto «da almeno 5 anni» che escludeva numerose, troppe famiglie, soprattutto le famiglie che si trovavano ad affrontare la nascita e l'accudimento di un figlio o di una figlia disabile oppure di bambini che, con cure e trattamenti sanitari specifici, si avviavano verso un percorso di remissione o comunque di importante miglioramento della disabilità, ma che necessitavano proprio nei primissimi mesi di vita di una presenza costante della madre e/o del padre, anche durante la loro permanenza in una struttura ospedaliera.

L'utilizzo di tale congedo può essere molto flessibile, si può frazionare in periodi settimanali o mensili e può essere fruito alternativamente dal padre e dalla madre, che si possono così alternare nell'assistenza al figlio; può essere utile subito – alla nascita – oppure i genitori possono decidere di avvalersi inizialmente del prolungamento del congedo parentale, di cui si è detto sopra, e fruire del congedo biennale in un secondo momento. Recentemente l'INPS ha riconosciuto il diritto di fruire del congedo biennale al padre anche quando la madre è in congedo obbligatorio di maternità.

Ogni situazione è un caso a sé e questo lo abbiamo imparato in occasione del nostro lavoro nei territori a contatto e a confronto con le richieste ed i bisogni di tante famiglie. Alla scomparsa dei genitori o in presenza di una loro totale inabilità, il residuo periodo di congedo può essere fruito dai fratelli/sorelle conviventi con il fratello disabile.

L'ultima e più recente modifica apportata alla norma del T.u. 151 dalla Corte Costituzionale riguarda la ben nota possibilità di fruire del congedo biennale anche per assistere il coniuge, magari durante una disabilità temporanea causata da una grave patologia o da un intervento chirurgico importante.

Ricordiamo anche la disposizione contenuta nella legge di attuazione del *Protocollo sul welfare* che stabilisce la possibilità per il genitore di figlio di età inferiore a 13 anni o di figlio con handicap (senza gravità) di trasformare il proprio rapporto di lavoro, anche temporaneamente, da tempo pieno a tempo parziale. Ma tornando alla rilevante valenza della legge 104, appare evidente una scarsa considerazione iniziale della portata complessiva della legge che è anche quella di integrare il sistema di benefici previsti dalle normative specifiche per ogni categoria. È infatti sottovalutato o poco conosciuto il fatto che il riconoscimento di grave handicap può essere chiesto a prescindere dalla causa della invalidità o della patologia invalidante. Il riconoscimento del requisito sanitario può dar luogo a tutele ed agevolazioni che facilmente si integrano con quelle previste dalle normative specifiche (INAIL, invalidità civile, causa di servizio, ecc.).

Quante volte ci capita di assistere lavoratori che hanno subito un infortunio sul lavoro oppure che ci interpellano in merito alla pensione di invalidità o di inabilità, e non abbiamo pensato di consigliar loro, sentito il nostro consulente medico-legale, un accertamento sanitario di grave handicap? Eppure tale riconoscimento – anche temporaneo – può agevolare un reinserimento «soft» sul posto di lavoro (2 ore di permesso giornaliero) piuttosto che una permanenza in attività lavorativa con un orario più leggero compatibile con una particolare patologia o un periodo di cura e terapia.

Uno dei valori principali della legge 104 è proprio la sua flessibilità (questa volta a favore del lavoratore), la sua capacità di adattarsi alle esigenze del singolo lavoratore, assumendo il ruolo di importante tassello nella tutela complessiva del danno alla salute.

Le misure in favore del lavoratore o della lavoratrice disabile (ribadiamo anche con disabilità temporanea) e quelle in favore dei genitori di figli disabili sono di

gran lunga le più importanti poiché si integrano con altre misure e si adattano alle singole situazioni di bisogno offrendo soluzioni diverse e personalizzate, e soprattutto pongono al centro la persona e la sua richiesta di normalità (ad esempio la necessità di sottoporsi a un trattamento sanitario debilitante ma non a tal punto da smettere di esercitare l'attività lavorativa).

Potersi occupare per tre giorni ogni mese dell'anziano padre o di altro familiare entro il 3° è una possibilità offerta dal nostro legislatore a numerosi lavoratori.

Tale è infatti la disposizione della legge 104, che – nel bene e nel male – è molto più conosciuta. Non ci sottraiamo alle evidenze: questa parte della norma è stata (ed è) anche fonte di abusi; tuttavia ne va riconosciuto l'intento positivo.

La legge 104 non ha la pretesa di risolvere tutti i problemi legati all'assistenza quotidiana a genitori anziani o a parenti disabili: gli ultimi orientamenti della Cassazione, recepiti anche dall'INPS – ma ancora poco nel comparto pubblico – chiariscono anche questo aspetto. L'agevolazione lavorativa concessa (3 giorni al mese) è semplicemente volta a offrire la possibilità di una temporanea sostituzione di chi assiste la persona disabile quotidianamente, anche nel caso si tratti di personale «badante».

Una norma, per quanto buona, non risolve tutti i problemi che le famiglie con disabili affrontano quotidianamente ma aiuta, come nel caso della legge in questione, contribuendo a creare la rete di assistenza migliore per la persona disabile.

In proposito ricordiamo la legge 328/00 di riforma dell'assistenza che delinea modalità e percorsi necessari alla costruzione territoriale di una rete integrata di servizi capace di rispondere a tutte le necessità della popolazione residente su un dato territorio. La legge 328 dispone che per affrontare le problematiche inerenti alla non autosufficienza è necessario superare l'approccio categoriale sia verticale (disabili, anziani, giovani, disoccupati...), sia orizzontale (sanità, assistenza sociale, lavoro, formazione, casa...) in favore di un welfare di dimensioni territoriali e quindi pronto a rispondere alla domanda sociale del territorio grazie alla creazione di una rete integrata tra le diverse politiche strutturali.

Infine, non per importanza ma per data, occorre citare la novella legge 247, di attuazione del *Protocollo sul welfare*, che prevede alcune importanti misure in favore dei cittadini disabili e delle loro famiglie. Citiamo soltanto le misure in favore dell'occupazione e dell'inserimento lavorativo di cittadini disabili che prevedono anche l'abrogazione del tanto vituperato articolo 14 del d.lgs. 276; rileviamo inoltre una delega al governo che preveda, nell'ambito di un riordino del part-time, «incentivi per la stipula di contratti a tempo parziale con orario giornaliero elevato e agevolazioni per le trasformazioni, anche temporanee e reversibili, di rapporti a tempo pieno in rapporti a tempo parziale avvenute su richiesta di lavoratrici o lavoratori e giustificate da comprovati compiti di cura».

La stessa possibilità di trasformazione, temporanea e reversibile, del rapporto di lavoro in part-time è offerta al lavoratore che si trovi nella necessità di sottoporsi a terapie salvavita in quanto affetto da patologia oncologica, ma anche al lavoratore il cui coniuge o figlio o genitore si trovi in tale situazione. Oppure al

lavoratore che assiste una persona convivente totalmente inabile e bisognosa di assistenza continua.

In conclusione alcune brevi riflessioni relative all'accertamento sanitario della gravità dell'handicap da cui traspaiono aspetti problematici.

La legge 104 destina tale accertamento alle commissioni di accertamento di invalidità civile integrandole con un operatore sanitario e un esperto nei casi da esaminare in servizio presso la ASL.

Purtroppo l'aver assegnato alla stessa commissione medica l'accertamento di invalidità civile e di handicap ha portato la commissione a sottovalutare la differenza sostanziale tra i due accertamenti.

Infatti, se l'accertamento di handicap grave è relativo «alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità di intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua» (art. 4), l'accertamento di invalidità civile valuta «la riduzione della capacità lavorativa generica» (d.lgs. 509/88, art. 1).

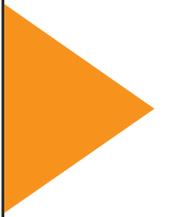
L'accertamento delle minorazioni civili si conclude con una percentualizzazione della riduzione della capacità lavorativa; l'accertamento dell'handicap invece è finalizzato ad affrontare tali problematiche attraverso la promozione dell'inserimento dei cittadini disabili nel contesto socio-economico al fine di ridurre o annullare lo svantaggio sociale, e il conseguente rischio di emarginazione sociale, che la loro minorazione può comportare.

In vigenza dell'attuale normativa quindi, la stessa commissione medica valuta la capacità individuale residua ai fini dell'handicap e la riduzione della capacità lavorativa ai fini delle provvidenze previste per i minorati civili. Ma mentre per la valutazione dell'invalidità civili la Commissione medica si rifa alle apposite tabelle emanate con d.m. nel 1992, nessuna o poche indicazioni sono state emanate in merito alla modalità di valutazione dell'handicap.

Tale assenza di indicazioni si traduce in un limite, grave a nostro parere, delle commissioni mediche, e ad un errato criterio analogico di valutazione.

Il primo, il limite, è quello di una sostanziale autonomia valutativa delle singole commissioni che comporta una disomogeneità di valutazione della stessa patologia sul territorio nazionale. L'errore invece è il ritenere che soltanto la presenza dei requisiti utili all'ottenimento dell'indennità di accompagnamento possa giustificare il riconoscimento della gravità dell'handicap. Mai analogia fu più errata: esistono numerose patologie che comportano notevoli svantaggi sociali, economici, relazionali per il cittadino che ne soffre e che tuttavia non comportano alcuna difficoltà nella deambulazione o necessità di assistenza continua.

Esperienze  
umane



# Esperienze umane

## INCA per la tutela e l'assistenza ai disabili e alle loro famiglie

di **Stefano Bizzotto**\*



*Cornelia Stauffer*

Sono entrato all'INCA-CGIL di Parma come direttore nel 1992. Da poco era uscita la legge 104/92... era poco conosciuta sia dagli operatori del Patronato, ma soprattutto dalle categorie sindacali e quindi anche dai lavoratori. Ci siamo messi ad approfondirla in tutti i suoi aspetti (conoscenza dei propri diritti, di inserimento al lavoro, abitative, fiscali e contrattuali) raccogliendo studi usciti ovunque. Ho trovato tra gli operatori INCA un terreno fertile perché sensibili alla sofferenza delle persone. Le nostre conoscenze sono state condivise prima con le categorie sindacali e i pensionati attraverso tanti incontri formativi e poi con una massiccia propaganda nelle aziende.

L'art. 33 (permessi retribuiti) è stato uno degli articoli più discussi ed approfonditi tra i lavoratori, e la loro molteplice casistica ci ha portato a cercare soluzioni interpretative tra i meandri della norma scritta dal legislatore (significato delle parole, delle note, dei punti e virgola). E dove non riuscivamo a cogliere l'obiettivo, ci siamo spesso confrontati con il consulente legale, per tentare una soluzione giudiziale.

Oggi possiamo dire che le categorie, i pensionati sono informati tempestivamente di tutte le novità riguardanti la legge 104, e non solo. L'intreccio delle norme di questa legge con le norme del Testo unico sulla maternità e paternità ci ha obbligato ad intraprendere corsi di formazione specifica per delegati, funzionari sindacali e operatori dello SPI.

Crediamo di aver contribuito a formare una rete di ampie conoscenze.

\* Direttore INCA CGIL di Parma

Ed è anche grazie a questa conoscenza diffusa che le persone si sono rivolte al Patronato INCA con una casistica spesso complicata.

Mi ricordo quella lavoratrice che si era presentata nel mio ufficio dicendomi: *ho «la mamma, grave, allettata; un fratello disoccupato, convivente con la mamma, ma ha una repulsione innata nel toccare la madre. Mi aiuti a trovare qualche soluzione... C'è per caso una legge che mi possa permettere di avere qualche giorno di permesso per accudire la mamma? Ho usufruito di tutte le mie ferie... sto prendendomi dei permessi non retribuiti».*

L'interpretazione dell'INPS, allora, era rigida... c'è una persona sana, il fratello, convivente con la mamma... può accudirla lui.

Abbiamo inoltrato ricorso legale. La sentenza del giudice è stata meravigliosa: i tre giorni di permesso non possono essere considerati esaustivi della continuità ed esclusività dell'assistenza ad una persona in condizione di gravità, ma solo un contributo all'assistenza.

Erano stati scalzati ed interpretati per la prima volta i principi dell'esclusività e continuità dell'assistenza attraverso i tre giorni di permesso retribuito. L'INPS non ha proceduto. E dopo un mese dalla sentenza questa donna ha potuto avere qualche spazio temporale in più per assistere la madre. Era felice.

Un punto importante nella nostra storia è stato il contatto con le istituzioni: reparti ospedalieri, centri psichiatrici, associazioni di volontariato come l'AIMS (Associazione sclerosi multipla), Centro solidarietà l'Orizzonte (aiuto assistenza a chi si droga).

Quanta fatica abbiamo fatto per far capire la gravità di una malattia come la sclerosi multipla, anche ai suoi primi stadi, con cure debilitanti come l'assunzione di interferone.

Ogni richiesta di riconoscimento della gravità della malattia inoltrata all'ASL ci veniva respinta, perché il malato camminava spedito, e non aveva sintomi debilitanti. È stato grazie al dott. Montanari, e al suo centro specializzato e di avanguardia all'Ospedale di Fidenza, alla sua opera di sensibilizzazione, alle sue relazioni che accompagnavano la domanda, che siamo riusciti ad ottenere quei risultati positivi da parte della commissione ASL che prima erano impossibili.

Quanti medici dei vari reparti ospedalieri – soprattutto di lungo-degenza – abbiamo contattato perché dichiarassero che oltre all'assistenza degli operatori sanitari era necessario anche la presenza di un familiare, soprattutto per gli anziani che dovevano essere imboccati, oppure, poiché affetti dal morbo di Alzheimer, che non era possibile costringere a letto anche se attrezzato con sbarre.

Abbiamo percorso tutte le strade possibili pur di ottenere quello che per la persona era importante e giusto: alcuni giorni di permesso retribuito per assistere un parente malato. Ad esempio dimostrando la necessità di un'assistenza giornaliera e notturna per il familiare malato anche in presenza di un congiunto pensionato e sano in casa; oppure richiedendo un riconoscimento di invalidità per il coniuge considerato «sano» (ma chi non ha qualche «malattia» arrivato ad una certa età...), in modo che il figlio o la figlia potessero dare una mano attraverso l'utilizzo dell'art. 33.

Oggi molti di questi problemi, con le ultime normative, sono stati risolti, anche quelli legati alla lontananza dal parente malato oltre i 50 km. Si sono fatti passi avanti molto significativi nell'interpretazione della norma.

Guardando ai numeri di questi ultimi tre anni, il Patronato INCA CGIL ha inoltrato ogni anno oltre 1.500 richieste di riconoscimento di grave handicap, in molti casi legate alla richiesta di riconoscimento di invalidità civile. Di queste oltre il 50% ha ottenuto una risposta positiva. Inoltriamo 70/80 ricorsi legali all'anno e il 95% di questi ha un risultato positivo con una ricaduta positiva anche per il riconoscimento dell'handicap grave.

C'è un legame stretto tra la legge 104/92 e le problematiche legate all'invalidità civile e all'invalidità INPS.

Nel 1998 era uscito un articolo della Finanziaria che obbligava la persona che era posta in mobilità con l'indennità a rinunciare all'indennità di mobilità qualora avesse una invalidità INPS. Con l'aiuto del nostro legale abbiamo avanzato un problema di incostituzionalità e la Corte Costituzionale ci ha dato ragione, la legge è stata corretta dando così la possibilità al lavoratore di «optare».

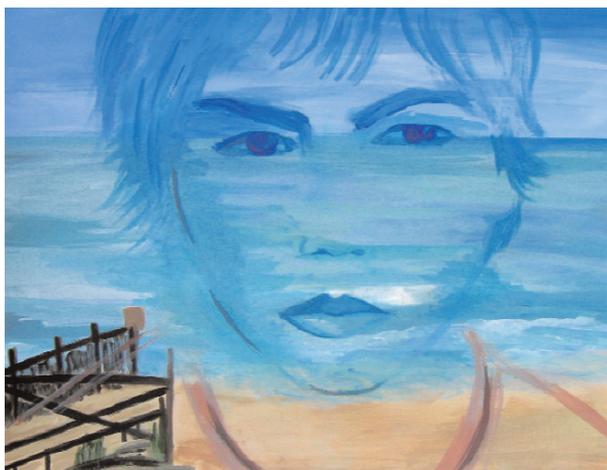
Voglio terminare ricordando il nostro ultimo impegno: un bambino nato senza una parte di esofago. La madre stava usufruendo dei tre mesi di congedo per maternità e il padre chiese l'utilizzazione per tre mesi del congedo straordinario retribuito fino a due anni, secondo quanto previsto dal Testo unico sulla maternità e paternità. Aveva bisogno dello stipendio intero in quanto le spese per visite specialistiche e ricerche sono costose. Il permesso gli venne negato dall'INPS. Decidemmo di ricorrere e ricordo lunghe discussioni con gli operatori dell'INPS. La legge, le circolari purtroppo non ci aiutano. Forse, ci dicono, è questione di programma informatico non aggiornato, ma si impegnano a fare un'interpellanza all'INPS nazionale. Nel frattempo contammo il direttore regionale dell'INCA Emilia Romagna e gli chiedo di inoltrare un quesito all'INPS nazionale. Lo fa. Dopo 30 giorni esce un messaggio dell'INPS che conferma la piena compatibilità tra congedo per maternità e congedo straordinario fino a due anni per grave handicap del figlio. Siamo contenti... Una gioia che dura poco... Nel giorno in cui comunichiamo l'esito dei nostri ricorsi... proprio quel giorno si svolgevano i funerali di quel bambino.

Una conquista può spesso lasciare l'amaro in bocca. In qualche maniera la trattazione di queste problematiche ti coinvolge e ti avvolge nella sofferenza altrui. Ma ti fa bene, perché ti fa acquistare il senso pieno della vita, fatta di gioia, ma anche di tanta sofferenza, di splendida giovinezza, ma anche di vite stroncate dalla malattia, e solo la condivisione con queste dolorose realtà rende credibili le parole di conforto e di coraggio che esprimiamo quotidianamente nel nostro lavoro rivolto alla tutela dei diritti dei più deboli per aiutarli a proseguire il cammino della vita. Il ritorno ad una vita «quasi» normale.



# Mi chiamo Giacomo ed ho tredici anni

di **Giacomo V.**\*



Martine Dewailly

**M**i chiamo Giacomo ed ho tredici anni, non so parlare e quando sono fra le persone grido e tiro calci. Per questo dicono che sono autistico.

Lo hanno detto a mia madre quando avevo 3 anni. Lei si è messa a piangere, poi, come tutte le mamme si è data molto da fare per trovare una cura alla mia malattia.

Dopo molto tempo, molte sale d'attesa, molti dottori, molte speranze, molti dolori, il verdetto: non c'è una cura.

La mamma ha una piccola azienda tessile sempre in crisi. Un giorno, si è recata al sindacato, e si è messa a parlare con una signora. Mi ha detto che era dell'INCA (forse ha una malattia anche lei?).

Questa signora ha chiesto a mamma se aveva fatto per me la domanda di indennità di accompagnamento e di legge 104. Mamma non aveva fatto niente e nessuno ce ne aveva parlato.

Allora la signora INCA ci ha aiutato a fare le domande, i signori della USL mi hanno visitato, hanno detto che ero handicappato e dunque potevo avere l'accompagnamento.

Da allora, con i miei soldi, come dice la mamma, posso andare in piscina, a cavallo e a musica, e con Simone, un amico della cooperativa sociale, posso dipingere e andare a vedere gratis le mostre di pittura con il biglietto delle ferrovie e ho imparato ad usare il computer per comunicare più facilmente.

La cosa più bella che mi è successa, e di cui dicono che devo rin-

*graziare la 104 che consente uno sconto speciale per l'acquisto, è che possiedo una bella Panda rossa che permetto di toccare solo alla mamma.*

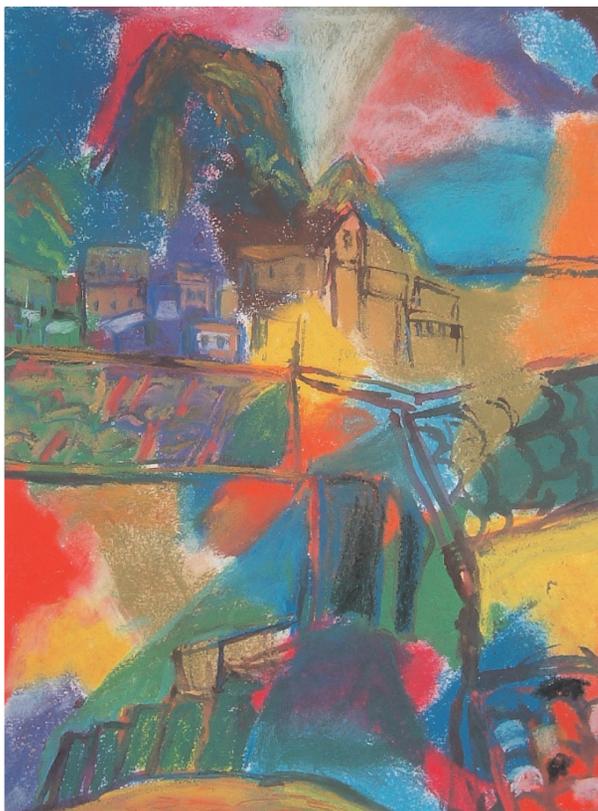
*Se qualcuno ci avesse raccontato della legge 104 prima della signora INCA, Simone, il mio bel cavallo, la macchina rossa, li avrei avuti molto prima, ma la mamma, un po' arrabbiata, dice che i **diritti** nessuno te li fa conoscere.*

Giacomo



# Il ritorno ad una vita «quasi» normale

di **Giuseppe Panfilì\***



*Cristiana Frazzitta*

\* INCA CGIL Perugia

**U**n pomeriggio di tre anni fa, accompagnato dal delegato aziendale, si è presentato all'ufficio INCA di Perugia Andrea G., operaio agricolo addetto alle stalle, dipendente dell'Università.

Era venuto a chiedere informazioni riguardo alla possibile tutela per un grave infortunio che aveva subito sul posto di lavoro. Il signor Andrea infatti era stato «schiacciato da un toro» contro la parete della stalla e aveva riportato un trauma gravissimo che lo aveva tenuto molto tempo lontano da casa per le necessarie cure e la successiva riabilitazione.

Con commozione, ci raccontò che non aveva potuto assistere alla nascita della sua prima figlia, perché ricoverato in un centro di riabilitazione, né tantomeno, una volta tornato a casa, aveva potuto prenderla fra le braccia. Con le lacrime agli occhi, ci disse «sono comunque contento di averla potuta vedere, per molto tempo non ne sono stato sicuro».

Andrea attendeva con ansia la data di rientro al lavoro, viveva questa attesa con grande preoccupazione perché era certo non solo di non poter svolgere il suo lavoro di bracciante, ma, cosa ancora più drammatica, di non avere la forza per rientrare in «quella stalla».

Noi dell'INCA, oltre a gestire il contenzioso con l'INAIL (siamo riusciti ad ottenere il riconoscimento di un danno pari al 56%) e intraprendere un'azione di risarcimento del danno differenziale nei confronti dell'università, proponemmo ad Andrea di presentare anche la domanda di riconoscimento dello stato di handicap grave (legge 104).

Dopo qualche titubanza della Commissione ASL perché si trattava di un danno INAIL e la percentuale di invalidità era «solo» del 56%... ottenemmo il riconoscimento, grazie al quale Andrea ha una riduzione oraria di due ore giornaliere, lavora nella sede più vicina al suo domicilio e la moglie può beneficiare di tre giorni di permesso al mese per assisterlo.

Non ha ancora potuto prendere in braccio la sua bimba, né ha potuto aiutarla a camminare, ma dice che la sua vita è tornata *quasi* normale.

## Alcune storie legate alla fruizione dei diritti della legge 104

di **Rachele Sottovia\***



*Tiziana Brun*

**È** arrivata disperata al nostro ufficio di Sondrio la signora S.L.; il suo datore di lavoro (un istituto scolastico), nonostante lei avesse presentato regolare richiesta per fruire dei tre giorni di permesso consentiti dalla l. 104/92, le aveva negato il diritto.

I tre giorni erano necessari per assistere la sorella, portatrice di handicap grave.

La congiunta infatti era stata riconosciuta dalla commissione ASL sia invalida civile al 100% con necessità di assistenza continua sia persona handicappata in situazione di gravità.

S.L. in precedenza, si era fatta assistere da noi per presentare la richiesta tesa all'ottenimento dei benefici previsti dalla l. 104 e, dopo aver ottenuto il riconoscimento del diritto, pensava di aver superato lo scoglio più grosso, in realtà non immaginava cosa sarebbe successo dopo... infatti la Direzione didattica, presso la quale lavora, le nega il diritto di fruire dei tre giorni di permesso adducendo la motivazione che l'assistita è ricoverata in una struttura sanitaria, a tempo pieno e quindi, a suo dire, non necessita della presenza dei familiari...

In realtà, così come diagnosticato dai medici, la sorella disabile necessitava di una figura di riferimento, di una presenza familiare che peraltro l'ha sempre seguita nei vari passaggi tra le diverse strutture di assistenza e rappresenta tutt'oggi un'importante e insostituibile risorsa nonostante il ricovero a tempo pieno presso una residenza sanitaria.

Anche se la legge riporta che «Le agevolazioni riguardano (...) i parenti entro il 3° grado di persone con grave handicap purché

\* Direttore INCA CGIL di Sondrio

non ricoverati a tempo pieno presso istituti specializzati, (...)», a nostro dire si può eccepire che il ricovero non sostituisce la presenza del familiare in questione, dal momento che la struttura sanitaria ha espressamente richiesto la presenza dei familiari ed in particolare della signora S.L., da sempre ritenuta un punto di riferimento e di assistenza per la «gestione» della sorella disabile, in particolare in caso di visite e/o accertamenti al di fuori della residenza sanitaria e in occasione di visite mediche a cui può essere sottoposta la ricoverata al fine del rilascio delle dovute autorizzazioni.

Sappiamo che l'INPS considera «ricovero a tempo pieno» anche la frequentazione giornaliera, o di parte della giornata, di centri adibiti ad accoglimento dei disabili. Tuttavia abbiamo consigliato a S.L. di presentare ricorso amministrativo alla Direzione provinciale del lavoro per vedersi riconoscere il diritto ad usufruire dei permessi di cui al comma 3 dell'art. 33 della l. 104/92 e condannare quindi la Direzione didattica a concedere i permessi richiesti, poiché in questo caso abbiamo ritenuto che ci fossero gli estremi per la concessione dei permessi. A conferma della situazione delicata in cui si trova la sorella, la signora S.L. ci racconta che il giudice tutelare ha recentemente rigettato il ricorso per la nomina dell'amministratore di sostegno ritenendo tale misura inidonea ed insufficiente a soddisfare le esigenze della sorella disabile, per la quale occorrerebbe procedere addirittura all'interdizione.

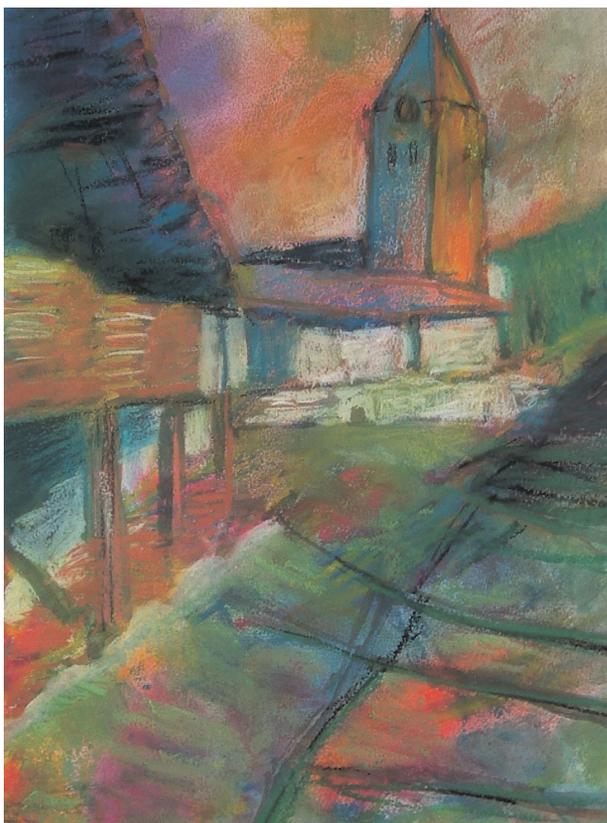
Sappiamo inoltre che l'INPS del Piemonte, in un caso analogo, interpellato in merito alla permanenza del diritto ai permessi e al congedo biennale per figli gravemente disabili in occasione del ricovero in ospedale, si è espresso nel senso che «laddove la presenza della madre o del padre sia richiesta dall'ospedale per necessità effettive» i permessi o il congedo biennale possono essere concessi. In egual modo si è espresso l'INPS di Milano in occasione di un quesito dello stesso tenore.

Noi riteniamo che il «cuore» del problema sia verificare se effettivamente vi è necessità di assistenza e/o comunque della presenza di un familiare nonostante il ricovero in una struttura, nel caso della sorella di S.L.

Il ricorso è stato presentato a fine luglio e con un po' di pazienza per i tempi burocratici siamo certi che il diritto le sarà riconosciuto e S.L. potrà nuovamente assistere la sorella.

## Telelavoro e... complicazioni

di **Catia Morosini\***



*Marcella Giuliani*

\* INCA CGIL di Foligno

**L**a signora Sara è da tempo affetta di una grave malattia neurologica. Ciò nonostante per molti anni ha potuto continuare a svolgere il suo lavoro presso l'amministrazione regionale. In tempi recenti, purtroppo la malattia si è fatta più grave e malgrado le cure mediche Sara non può più recarsi alla sede di lavoro. L'amministrazione regionale le propone la possibilità di svolgere la propria attività lavorativa con il computer direttamente da casa. Infatti, alcuni contratti, soprattutto per quanto riguarda il comparto pubblico, prevedono, nel caso di lavoratore affetto da grave patologia, la possibilità di svolgere le proprie mansioni con il telelavoro.

Il marito di Sara, dipendente di un'azienda municipalizzata, che ha beneficiato finora dei 3 giorni di permesso retribuito mensile in base al disposto della legge 104, desidera ora assistere la moglie in maniera più continuativa e pertanto chiede all'INPS di poter fruire del congedo biennale retribuito.

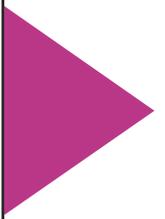
L'INPS risponde in maniera negativa poiché Sara prosegue il suo rapporto sotto la forma di telelavoro e non risulta pertanto senza attività lavorativa. Il marito di Sara viene all'INCA e ci chiede cosa si può fare e se è possibile ricorrere contro la risposta negativa dell'INPS.

In effetti, consultati i nostri legali, decidiamo di impugnare il provvedimento negativo dell'INPS presentando la delibera della Regione dalla quale si evince che Sara è stata autorizzata al telelavoro proprio a causa del suo handicap. Inoltre, la possibilità offertale dall'amministrazione regionale di continuare l'attività lavorativa – seppure come telelavoro – deve essere conside-

rata un fattore positivo di aiuto alla persona che affronta la malattia e che proprio a causa della malattia necessita di cure ed assistenza.

Oggi possiamo dire di essere riusciti a far ottenere al marito di Sara il diritto a fruire del congedo biennale retribuito per stare vicino alla moglie ed assisterla con maggiore continuità.

Esperienze  
professionali

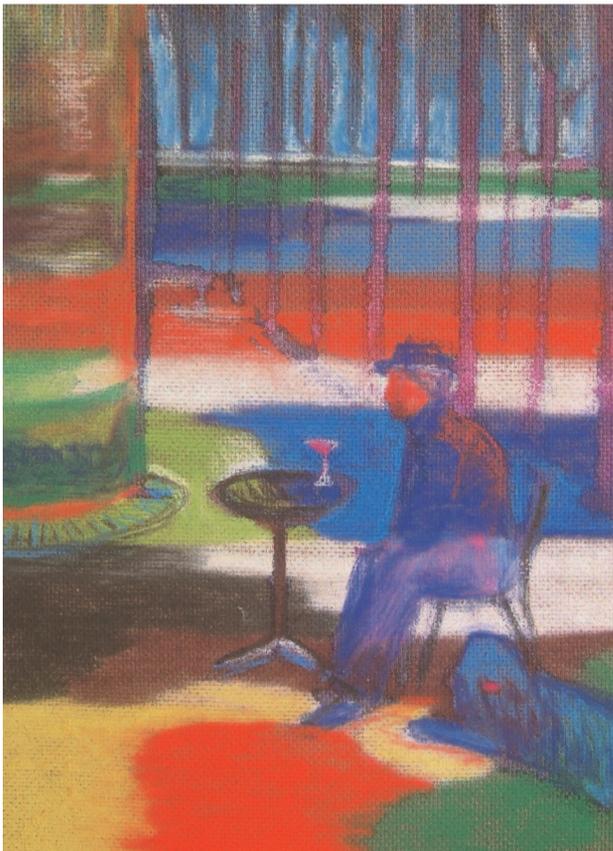




# Esperienze professionali

## Un nuovo ruolo per la garanzia dei diritti del cittadino

di **Anna Mencarelli**\*



*Stefania Maronese*

L'attività della Commissione medica della legge 104/92 nella ASL n. 3 ha avuto inizio dal 2001, quando in sede regionale fu deciso di restituire la possibilità di accertamento territoriale decentralizzato rispetto alla precedente valutazione che avveniva a livello provinciale. La composizione del collegio di accertamento, recepita con norma regionale, ha previsto la presenza di figure rivelatesi essenziali per la valutazione. In particolare quella dell'esperto sociale, scelto tra i professionisti che non si occupano direttamente della gestione assistenziale delle singole situazioni, ciò al fine di garantire una maggiore oggettività valutativa. Fondamentale è risultata inoltre la presenza fissa del medico specialista in psichiatria poiché fornisce un determinante ausilio per meglio comprendere il limite tra aspetti di comportamento puramente caratteriali e vere e proprie alterazioni psicopatologiche. Dall'esame istruttorio delle principali cause di richiesta di disabilità è emersa inoltre la necessità di avere nel collegio un esperto di disordini di tipo neuromotorio e pertanto è stato nominato un medico specialista in fisiatria che svolge ruolo fondamentale anche nell'esecuzione dell'esame obiettivo di ogni singolo soggetto. In definitiva, dunque, con il presidente specialista in Medicina legale ed il rappresentante dell'ANMIC, scelto tra i medici di base, si è ritenuto di poter fornire una valutazione efficace e professionale per ogni singolo caso.

Nel corso degli anni, per l'approvazione di alcune norme agevolative in ambito assistenziale e fiscale come ad esempio la possibilità di congedo parentale per l'assistenza del minore af-

\* Medico-legale USL 3 Foligno

fetto da handicap grave, la semplificazione nella fruizione dei permessi lavorativi e gli sconti fiscali per il trasporto del disabile e l'acquisto di ausili tecnici, si è assistito ad un sensibile incremento delle istanze, tanto che nel 2007 le domande di invalidità civile hanno di poco superato quelle di disabilità ai sensi della legge 104/92. Da segnalare inoltre che un recente aumento di richieste è stato determinato dalla riforma normativa che ha previsto la necessità, per lo scolaro che intenda usufruire dell'insegnante di sostegno, di avere riconoscimento di disabilità ai sensi della legge 104/92.

Entrando nel merito degli aspetti strettamente valutativi, è da premettere che la legge 104/92 ha sancito l'inizio di una importante modifica del sistema di giudizio in ambito assistenziale. Nella stessa definizione normativa del soggetto affetto da handicap si legge il progressivo abbandono di criteri clinico-diagnostici e puramente anatomici, che erano tipici di un metodo legato essenzialmente al parametro della riduzione della capacità lavorativa, e l'acquisizione di nuovi criteri e definizioni di tipo funzionale, relazionale, personalizzati ai bisogni del singolo, che garantiscano una considerazione più attenta della specificità della persona menomata nella sua interezza. A questa evoluzione è anche legato l'intento di sostituire o far prevalere un intervento di reinserimento sociale e di recupero piuttosto che di compensazione economica.

La legge 104 del 1992, così innovativa e moderna nel prevedere un intervento globale e continuativo nei confronti della persona disabile e sostanzialmente incentrata nella tutela e nella valorizzazione delle abilità residue del soggetto, è stata per molto tempo poco diffusa e quasi misconosciuta agli utenti. Le metodologie valutative inoltre non sono mai state chiarite mediante parametri o riferimenti normativi, essendo stati demandati tali criteri soltanto alla interpretazione della dottrina medico-legale. Scarso è stato anche l'arricchimento giurisprudenziale in materia di handicap, essendo scoraggiato il cittadino ad intraprendere la strada del contenzioso generalmente troppo lunga, a fronte della esigenza di fruire immediatamente di alcuni benefici legati al riconoscimento. Sotto il profilo valutativo l'accertamento dovrebbe corrispondere, per converso, a più rigorose ed uniformi metodologie, in accordo con il dettato del secondo comma dell'art. 3 e cioè alla individuazione:

- 1) *della natura e consistenza della minorazione* che consiste in un inquadramento diagnostico che abbia particolare riferimento alla gravità, alla permanenza ed alla stabilizzazione dell'infermità;
- 2) *della capacità individuale residua* intesa come ciò che la persona in senso attivo e positivo è capace di estrinsecare ed ha natura globale e complessiva, non confinata soltanto alla sfera lavorativa ma alla capacità di interagire e di adattarsi alle più diverse circostanze;
- 3) *della efficacia delle terapie riabilitative* e della eventuale possibilità di miglioramenti complessivi del quadro.

Muovendo dalla considerazione che le attività umane si svolgono in un contesto sociale per cui il concetto di normalità sottende l'ambito in cui tali attività si esplicano, si rileva che lo svantaggio esistenziale derivante da una qual-

siasi compromissione di funzioni biologiche trova immediato risvolto nella perdita o diminuzione, per l'individuo non più efficiente, della possibilità di compiere tutte quelle attività, anche non lavorative, che sono tipiche del vivere nel proprio ambiente abituale ed è evidente che tali situazioni possono risultare di difficile standardizzazione a differenza della valutazione delle singole menomazioni.

Non solo, ma si nota notevole difformità nelle valutazioni delle singole commissioni, anche nella stessa regione, per tipologie di infermità che dovrebbero invece garantire univocità di giudizio. È il caso, ad esempio, del sordomutismo, una sordità neonatale che ha impedito al soggetto di imparare a parlare, quadro che è da considerarsi a nostro avviso sempre corrispondente ad handicap in condizione di gravità poiché esprime perdita di funzione che non può che costituire notevole svantaggio personale e relazionale per il soggetto, ma tale riconoscimento non è pacifico. Ancora particolare attenzione questa commissione riserva alla valutazione dei minori poiché si è constatato che ogni tipo di disabilità del bambino, anche non necessariamente gravissima, induce un importante sconvolgimento della serenità familiare con notevoli riflessi per i genitori in ambito lavorativo e relazionale; ma anche tale impostazione non è costante per ogni commissione.

Rilevante è stata negli ultimi due anni la presentazione di istanze legate all'insorgenza di una neoplasia, per le quali è stata innanzitutto privilegiata la rapidità di accertamento (entro 15 giorni come indicato anche da specifica disposizione regionale) al fine di consentire al soggetto di fruire agevolmente dei benefici di natura assistenziale come i permessi lavorativi o i congedi ed affrontare più serenamente il periodo di cure, magari intensive e logoranti, che il tipo di malattia spesso richiede.

Altra problematica valutativa frequente e di difficile interpretazione nella nostra esperienza è stata quella legata alle malattie psichiatriche, soprattutto per la necessità di una loro stretta correlazione ed inquadramento nel contesto familiare e sociale. È noto, infatti, come attuale sia il rischio che una disabilità psichica coinvolga anche altri membri della famiglia come spesso accade per i bambini, i quali risentono negativamente dell'ambiente in cui crescono e possono manifestare disturbi adolescenziali come la tendenza al ritiro o i disturbi dell'alimentazione che possono poi sfociare in nuove psicopatologie.

In ultimo, breve cenno merita il decreto ministeriale del 2 agosto 2007, immediatamente adottato dalla nostra Commissione, che ha introdotto limiti specifici alle revisioni di molte infermità come la cecità o le gravi malformazioni cromosomiche, che rappresentavano ormai soltanto un ulteriore aggravio burocratico per le famiglie.

In sostanza durante questi anni si è cercato di adottare una metodologia valutativa più articolata anche se spesso impegnativa, ma che non si esaurisse nella semplice correlazione di un'espressione di giudizio ad una diagnosi, ma piuttosto movesse dall'intento di considerare la persona nella sua integrità, partendo dalle menomazioni che alterano il suo equilibrio psicofisico, ma considerando-

ne anche il contesto ambientale, per pervenire ad una stima complessiva sulla quale impernare non solo la valutazione ma anche il processo di inserimento e di recupero.

Necessaria, a questo punto, per il lavoro delle Commissioni, se sarà questa la strada da percorrere, appare l'utilizzazione non tanto di tabelle quanto di scale valutative, che consentano di formulare giudizi con coerenza, scientificità e verificabilità da parte di terzi ed anche di uniformare il linguaggio quantomeno in ambito nazionale.

Sin dagli anni '50 furono studiati indici che si riferivano soprattutto ai soggetti non autosufficienti e che prendevano in considerazione le attività quotidiane della vita (ADL = activity daily living). Nel 1980 fu introdotto dall'Organizzazione mondiale della sanità il sistema ICIDH, un modello descrittivo che permette l'analisi e la registrazione dello stato di salute di una persona secondo il parametro classico: Infermità - Menomazione - Handicap, intendendosi per Infermità il tipo di patologia ed il grado di disfunzione, per Menomazione le conseguenze ed i risvolti in termini di abilità e per Handicap la dimensione e la quantificazione dello svantaggio sociale.

Successivamente, è stata elaborata una revisione di tale strumento classificativo, denominato ICF = International classification of functioning disability and health, la cui sostanziale novità è stata quella di aver elaborato solo due parametri per la descrizione dello stato di salute e degli aspetti ad essa correlati e cioè:

- 1) la funzionalità dei diversi apparati e delle strutture del corpo;
- 2) l'attività e la partecipazione.

Si auspica pertanto che intervenga presto una riforma normativa che imponga l'utilizzazione di tali parametri, che hanno valenza internazionale e consentirebbero di superare molte difficoltà applicative della legge 104/92, segnatamente quelle derivate dalle difformità di giudizio.



# Il diritto del disabile in attesa della riforma sulla disabilità e l'assistenza

di **Marco Bottazzi** \*



*Fina Tereuel*

La legge pone al centro della norma il recupero non solo funzionale ma anche sociale della persona portatrice di un handicap.

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.

Il recupero del portatore di handicap vede come perno l'integrazione nella famiglia, nella scuola ma anche e soprattutto l'integrazione nel lavoro.

Stante questo concetto assolutamente innovativo la normativa 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.

Per ottenere questi risultati occorre operare 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.

\* Consulenza medico-legale  
INCA CGIL nazionale

Si pone, dunque, come punto di partenza per l'inserimento del soggetto invalido, l'oggettiva validità residua del soggetto stesso che deve trovare esplicitazione in un programma di integrazione nel mondo del lavoro attraverso tutta una serie di strumenti, fra i quali ci pare di particolare importanza (e ne 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 sul lavoro che parla di rispetto dell'ergonomia.

La prima versione dell'ICIDH<sup>1</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<br>Altre menomazioni psicologiche<br>Menomazioni del linguaggio<br>Menomazioni auricolari<br>Menomazioni oculari<br>Menomazioni viscerali<br>Menomazioni scheletriche<br>Menomazioni deturpanti<br>Menomazioni generalizzate, sensoriali e/o di altro tipo | Disabilità nel comportamento<br>Disabilità nella comunicazione<br>Disabilità nella cura della propria persona<br>Disabilità locomotorie<br>Disabilità dovute all'assetto corporeo<br>Disabilità nella destrezza<br>Disabilità circostanziali<br>Disabilità in particolari attitudini<br>Altre limitazioni dell'attività | Handicap nell'orientamento<br>Handicap nell'indipendenza<br>Handicap nella mobilità<br>Handicap occupazionali<br>Handicap nell'integrazione sociale<br>Handicap nell'autosufficienza economica<br>Altri handicap |

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).

<sup>1</sup> International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps (ICIDH-1)

Nel 1999 l'OMS ha pubblicato la revisione di tale classificazione<sup>2</sup> con lo scopo di offrire un quadro di riferimento per le «conseguenze delle condizioni di salute» valutando 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 di handicap si introduce la 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 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 socioculturale.

Per esperto si deve intendere una figura che varia in funzione del caso da esaminare o in riferimento alla valenza dell'accertamento richiesto.

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.

---

<sup>2</sup> ICIDH-2, International Classification of Functioning Disability and Health

Da un punto di vista medico-legale si tratta di una formulazione assolutamente nuova, che la legge<sup>3</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, ed è questa la fattispecie che deve trovare maggiore attenzione, una situazione in cui vi è una situazione di 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.

Indicazioni più precise circa la valutazione dell'handicap le ha fornite il 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».

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

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.

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.

Tale confusione con l'invalidità civile porta 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 differenza fondamentale fra le due normative.

I dati dimostrano che meno del 20% dei soggetti di età compresa fra i 15 ed i 65 anni che risultano portatori di un handicap sono tali dalla nascita ed è a questa popolazione in età lavorativa che il nostro sistema di tutela deve essere in grado di dare risposte differenziate.

Una soluzione a cui fa riferimento già nel 1983 il programma di azione delle Nazioni Unite (World Programme of Action Concerning Disabled Persons) concernente le persone portatrici di una «incapacità», proponendo che il riadattamento sia definito come un processo mirante ad aiutare le persone a raggiungere un livello di funzionamento sociale, fisico e mentale ottimale che gli permetta di avere gli strumenti ed i mezzi necessari per cambiare la propria vita. Alle esigenze di questi soggetti noi possiamo rispondere con la piena applicazione delle diverse normative che, superando il semplice dato economico, faccia perno sul collocamento mirato ed anche sulle modulazioni della prestazione lavorativa che sono permesse dalla piena applicazione della legge 104.

Dalla parte opposta abbiamo la tematica della valutazione dell'anziano (o ultra65enne, come viene definito dall'invalidità civile).

La valutazione di questa fattispecie ci porta a confrontarci con i diversi livelli di gravità ma questo presuppone che vi sia la possibilità di individuare le prestazioni non solo economiche ma soprattutto assistenziali per ridurre tale gravità.

Rispetto a questa problematica si sono nel tempo consolidate due diverse metodologie che fanno perno su:

- ▶ uso di indici/scale;
- ▶ valutazione geriatrica.

Particolare problema in questo ambito è dato dalla valutazione del deficit cognitivo. In molte realtà il diritto è determinato dallo standard numerico del MMSE e già questo determina non pochi problemi per le collocazioni del riferimento mentre sarebbe più opportuna una valutazione che tenga insieme diversi fattori.

Stante il quadro che siamo venuti delineando si rende necessario un impegno che miri alla tutela dei diversi diritti dei portatori di handicap; diritti che tentiamo di schematizzare qui di seguito.

Il **primo diritto** è certamente quello di una uniformità della valutazione cioè di una situazione che non veda, fatte salve le fisiologiche variazioni tipiche di ogni metodologia, discrepanze così profonde.

Negli anni rispetto a questa problematica abbiamo assistito ad alcune proposte valutative (esemplificativi in questo senso sono gli atti del Convegno Comlas di Genova), ed alla definizione di linee guida di cui alcune elaborate anche da strutture pubbliche.

Ma quanti si sono cimentati nell'ambito del tema della valutazione dello stato di disabilità lo hanno fatto in riferimento alla normativa di invalidità civile e solo in un numero ristretto di casi l'elaborazione ha riguardato anche l'handicap; come nel recente saggio sulla valutazione della dislessia pubblicato dall'IIMS.

Ma la definizione di linee guida presuppone che esse siano frutto di un processo definitorio che ha il suo *primum movens* in un organismo istituzionale competente ad emanare tali raccomandazioni comportamentali che, giova ricordarlo, non sono mai cogenti.

Per giungere ad una uniformità valutativa occorre pervenire ad una codifica condivisa che possa permettere un confronto statistico fra «gruppi» di riconoscimento e patologie che hanno determinato tale riconoscimento. Sarebbe, poi, utile incrociare tali dati in funzione dell'età e dei benefici assistenziali richiesti ed erogati (permessi per il portatore o per i familiari ad esempio).

Sarebbe però utile riteniamo che sia maggiore il ruolo delle Commissioni nell'individuazione dei benefici attribuibili a fronte del riconoscimento dello stato di portatore di handicap.

Questo permetterebbe, a nostro avviso, di non ridurre la legge 104, come è oggi nella vulgata popolare, alla «legge dei tre giorni» ma di farne una legge che prevede una vasta serie di misure tese ad aumentare l'indipendenza del portatore di handicap.

Si pensi alla vasta declinazione che la norma prevede in tema di mobilità (art. 26), cioè un diritto finalizzato a consentire alla persona handicappata di muoversi liberamente sul territorio usufruendo:

- 1) di servizi di trasporto collettivo appositamente adattati;
- 2) di servizi alternativi;
- 3) di servizi di trasporto individuale per quelle persone che non sono in grado di servirsi autonomamente dei mezzi pubblici;
- 4) di facilitazioni al parcheggio (art. 28).

Le indicazioni possono riguardare non solo il sistema valutativo ma anche le procedure e dunque la governance nei suoi elementi costitutivi

- ▶ individuazione delle procedure (tempistiche);
- ▶ la predisposizione di un progetto informativo orientato non solo a quanti «manifestano attese» ma anche e direi soprattutto rivolto a quanti alimentano attese o quantomeno non operano una adeguata attività di filtro;
- ▶ la cura dei rapporti con tutti gli *stake holders*;
- ▶ la gestione del contenzioso, rispetto a questa particolare fattispecie assume valore per quanto riguarda la possibilità dell'introduzione del ricorso amministrativo.

Il **secondo diritto** è, certamente, quello all'informazione; che è una informazione come evidenziato in altra parte di questo notiziario:

- ▶ ai diritti;
- ▶ alle procedure che contraddistinguono l'iter dell'accertamento, e su questo punto si tornerà in conclusione.

Il **terzo diritto** è certamente quello più importante ed è il diritto alla individualizzazione della risposta.

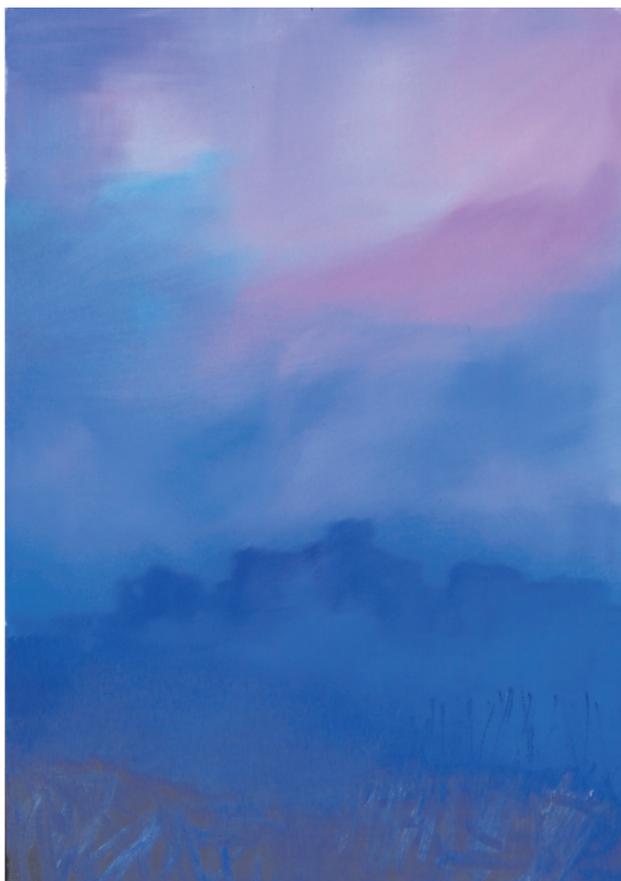
Sappiamo che a fronte di una disabilità in ragione dell'età la richiesta/l'attesa muta radicalmente andando dall'inserimento scolastico, all'inserimento/mantenimento al lavoro, all'aiuto alla non-autosufficienza, ma a queste tre esigenze così diverse si tende a dare una risposta di tipo monetario.

Lo scopo che si è prefisso, invece, il legislatore con la legge 104 è quello di intervenire promuovendo un processo di rimozione o di sostanziale riduzione della diversità del soggetto menomato rispetto al soggetto normodotato il che comporta una valutazione con forti caratteri, appunto, di personalizzazione dovendo fare perno anche sull'ambito sociale e soprattutto sulle capacità positive del soggetto e a questo riguardo molta importanza assume, a nostro avviso, la possibilità di utilizzo dell'orario di lavoro nel garantire a larghe fasce di soggetti anche giovani di poter mantenere il loro impegno lavorativo e dunque un adeguato inserimento nella società.



# Handicap: la sottovalutazione dei fattori sociali

a cura della **Consulenza medico-legale INCA CGIL nazionale**



Tiziana Brun

La legge 5 febbraio 1992, n. 104 definisce all'art. 3, comma 1 la persona handicappata come 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.

Il comma 3 definisce le situazioni di gravità come quelle in cui è necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e in quella di relazione.

La legge indica i principi generali per i diritti della persona handicappata ed analizza gli interventi che devono essere attuati per la prevenzione, la cura e riabilitazione, per l'inserimento ed integrazione sociale, per il servizio di aiuto personale, per il diritto all'educazione e all'istruzione, per l'integrazione scolastica, per la formazione professionale, per l'integrazione lavorativa, per il superamento delle barriere architettoniche, per l'accesso all'informazione e alla comunicazione, per la mobilità e trasporti collettivi ed individuali.

Per le persone con handicap in situazione di gravità vengono fornite indicazioni per ulteriori misure di sostegno sociale.

L'art. 4 della stessa legge ha istituito nelle aziende sanitarie locali le commissioni per l'accertamento dell'handicap. Queste commissioni prevedono la presenza di un *operatore sociale* che collabora con i medici nel formulare il giudizio complessivo sulle condizioni psico-fisiche e socio-relazionali dei soggetti che ne fanno richiesta.

Il presupposto concettuale della legge è la distinzione tra:

1. **menomazione:** qualsiasi perdita o anormalità afferente a strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche
2. **disabilità:** ogni limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano
3. **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

Tra gli strumenti valutativi indicati dal Ministero della Sanità, attraverso la Circolare del 16/5/1996, oltre alla classificazione internazionale delle malattie (ICD 10) e alla tabella per l'accertamento delle invalidità del 1992, troviamo l'analisi multiassiale introdotta dall'OMS fin dal 1980, che tiene conto dei determinanti sociali della condizione di handicap.

Per rispondere al dettato di legge l'accertamento dello stato di handicap è deputato 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 socioculturale.

Nonostante la chiarezza della norma nella stragrande maggioranza dei casi la valutazione è basata sulla sola determinazione del grado di invalidità, con riconoscimento della situazione di handicap in rapporto alla gravità del quadro clinico, così come risulta sulla base delle tabelle indicative delle percentuali di invalidità approvate con il d.m. 5 febbraio 1992.

L'irrazionalità dei comportamenti della Commissioni delle ASL risulta chiara quando si considerino casi che si presentano comunemente alla nostra osservazione.

Un lavoratore paraplegico che svolga una mansione intellettuale, come quella dell'insegnante, dotato di ausili per gli spostamenti e di una autovettura adatta ai suoi deficit funzionali, che lavori in una scuola e abiti in una casa dove non esistono barriere architettoniche può non trovarsi in una situazione di svantaggio sociale, pur essendo la sua invalidità pari al 100%.

Un lavoratore che per una patologia cronica si trovi in stato di grave immunodepressione per cui è bene che non frequenti luoghi affollati, come uffici aperti al pubblico, mezzi di trasporto collettivi, può vedersi attribuita una invalidità del 60% ed essere in condizioni di handicap o meno a seconda dei mezzi di cui deve servirsi per raggiungere il luogo di lavoro, delle caratteristiche del luogo stesso.

Di tali fattori sociali quasi mai le commissioni tengono conto per una serie di motivi che proveremo ad analizzare.

Il medico legale si trova di fronte ad una formulazione nuova che richiede di valutare 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 (art. 9 della legge 104/92).

L'accertamento medico-legale 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 rappresen-

■ tare l'occasione prima per incanalare la persona invalida in un percorso di recupero e riabilitazione, attraverso i servizi presenti sul territorio.

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

Ad esempio la circolare della Regione Lombardia del 20/5/1994, nella quale si stabilisce che, per gli invalidi civili al 100% con indennità di accompagnamento, i ciechi totali, i ciechi ventesimisti, i sordomuti, è possibile rilasciare la certificazione di «handicap in situazione di gravità» a firma del solo presidente della Commissione, senza la necessità di sottoporre a visita l'interessato, purché sia ritenuta esaustiva la documentazione acquisita agli atti e non esistano riserve di revisione già formulate in passato. La stessa nota stabilisce invece che, per le condizioni di invalidità compresa tra il 67% e il 99% e per i minori non deambulanti, è indispensabile pervenire alla dichiarazione di Hg esclusivamente attraverso la nuova valutazione condotta dalla commissione integrata. Tuttavia, in una nota successiva del 30/1/1997, la stessa Regione Lombardia, a parziale correzione di quanto precedentemente disposto, ribadendo l'importanza della collegialità della decisione sull'handicap, dispone che anche le certificazioni rilasciate solo sugli atti debbano essere sottoscritte da tutti i componenti della Commissione, sottolineando che la condizione di disabilità non comporta automaticamente lo stato di handicap.

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.

La confusione con l'invalidità civile porta a 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 la normativa dell'invalidità civile e quella della legge 104/92.

Tuttavia, il lavoro dell'operatore sociale all'interno delle commissioni si è sviluppato con difficoltà: in particolare, lo strumento dell'analisi multiassiale si è dimostrato insufficiente a garantire dei chiari parametri di valutazione. I principi stabiliti dalla legge sono stati tradotti operativamente in modo discrezionale, determinando delle vistose disomogeneità nella valutazione dei soggetti richiedenti, malgrado costoro presentassero delle condizioni di malattia e disagio pressoché simili.

L'accertamento dell'invalidità civile si effettua attraverso l'attribuzione di punti percentuale alle menomazioni e disabilità dei soggetti. Infatti, le tabelle del Ministero della Sanità pubblicate nel 1992 fanno corrispondere un punteggio specifico o un *range* ad ogni categoria patologica contenuta nelle declaratorie. Ma l'utilizzo di questi stessi valori per l'accertamento dell'handicap è arbitrario, poiché contravviene a quanto disposto dall'OMS, che correla lo stato di handicap alle dimensioni della «partecipazione sociale» e del «contesto ambientale» (cfr, WHO, 1980; WHO, 1999, tr. it., pp. 16-7), dimensioni non contemplate nelle tabelle del Ministero della Sanità.

Mancano d'altronde da parte del Ministero linee guida che aiutino a stabilire il peso da attribuire al contesto sociale nel corso della valutazione e non esiste alcun parametro per tracciare il *limite-soglia* al di sotto del quale non debba essere riconosciuto lo stato giuridico di persona con handicap.

Il consolidarsi di queste pratiche discrezionali ha progressivamente spostato l'asse della valutazione verso gli aspetti clinici e medico-legali, a scapito di quelli sociali. Ciò rappresenta un vero *paradosso*, la cui immediata conseguenza è lo svilimento del ruolo degli operatori sociali. Essi infatti sono spesso «utilizzati» per la rilevazione dei dati socio-anagrafici e confinati in funzioni di segreteria all'interno delle commissioni.

Infatti, il lavoro dell'operatore sociale all'interno delle commissioni si è sviluppato con difficoltà: in particolare, lo strumento dell'analisi multiassiale si è dimostrato insufficiente a garantire dei chiari parametri di valutazione.

In verità il Ministero della Sanità ha dato delle indicazioni esplicite riguardo agli strumenti tecnici di valutazione attraverso la già citata circolare del 16/5/1996. Gli strumenti di valutazione indicati sono: a) l'analisi multiassiale introdotta dall'OMS già dal 1980; b) l'ICIDH, sempre dell'OMS, di cui si dirà più avanti; c) la nuova tabella del 1992 per l'accertamento delle invalidità civile.

L'analisi multiassiale prevede che vengano considerati una molteplicità di aspetti medici, sociali, relazionali.

Ancora: un'informativa del Ministero della Sanità, dove si afferma che, riguardo all'analisi delle condizioni di handicap, «non si tratta di una mera valutazione medico-legale, ma di un apprezzamento complessivo delle difficoltà soggettive ed oggettive di partecipazione sociale» (Nota del Ministero della Sanità del 5/8/99 - Prot. DPV.4/H-D1/597).

Se tutto questo è verificabile quotidianamente osservando le modalità di funzionamento delle Commissioni per l'accertamento dell'handicap si pone il problema di come rispondere al dettato sostanziale della legge.

Uno dei principali strumenti utilizzati da sempre dai Patronati, il ricorso in giudizio, fino alla Corte Costituzionale (si pensi come si è arrivati al sistema aperto per le malattie professionali o a una corretta interpretazione dello stato di inabilità secondo la l. 222/94) non è utilizzabile.

Infatti il cittadino che si vede negata una prestazione ai sensi della l. 104/92 e non ha prestazioni arretrate da vedersi riconosciute, si avventura in un iter lungo dagli esiti incerti e potenzialmente oneroso; preferisce quindi lasciare passare un po' di tempo, documentare un qualche aggravamento delle sue condizioni di salute e presentare una nuova domanda.

Una strada da percorrere sembra essere il confronto tra le modalità di lavoro messe in atto in alcune situazioni, la raccolta delle proposte di operatori attenti alle problematiche sociali e la individuazione di buone prassi in un tavolo di confronto.

Una sia pure incompleta rassegna della letteratura comparsa in questi ultimi anni permette di segnalare i numerosi contributi di Fabio Cembrani, direttore

dell'unità operativa di medicina legale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento e quello di Giambattista Giangreco, dell'Università Roma Tre, che presenta interessanti proposte metodologiche.

Tali buone prassi andranno poi presentate e discusse ai vari livelli interessati: di ente locale, di Regione, di Ministero della Salute.

## Bibliografia

Cembrani F., *La Medicina Legale nella Provincia autonoma di Trento alla luce della deliberazione n. 386 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 21 febbraio 2003: bilancio «fallimentare», politica «di saldo» o «scelta innovatrice» per la Disciplina?*, in Atti del Convegno nazionale «Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medicolegale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema disicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile», Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebiemme, 2005.

Cembrani F., *Prospettive attuali e future nella valutazione dello stato di bisogno: esperienze a confronto*, in Atti del Convegno nazionale «La società di tutti. Nuove politiche per la famiglia, disabili e non autosufficienti», Trento 30 settembre - 1° ottobre 2004, Edizioni Provincia autonoma di Trento.

Cembrani F., Noro G., cfr. voce *Valutazione multi-dimensionale*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci Faber Edizioni, 2004.

Cembrani F., Rodriguez D., Aprile A., Arseni A., *La libertà dallo stato di bisogno: l'evoluzione normativa e la situazione attuale*, in (a cura di Cembrani F.) *Disabilità e libertà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erikson ed. Trento 2005.

Cembrani F., *Evoluzione concettuale dell'handicap: la legge n. 104/1992 verso una futura applicazione*, in Atti del Convegno nazionale «Dalla valutazione dell'invalidità civile a quella biopsicosociale: il percorso della diagnosi funzionale dalla legge 104/92 all'ICF», L'Aquila 11-13 maggio 2006, in corso di stampa.

Giambattista Giangreco: *Operatori sociali e handicap*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 2, 2003, 10-12.



# Notiziario Inca 2/2008