



## FOCUS: MEDICINA LEGALE E DISABILITÀ

### LA LEGGE 227 DEL 22 DICEMBRE 2021 E LA RIFORMA DELLA LEGISLAZIONE IN CONFORMITÀ CON LA CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (CRPD): LA PROPOSTA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE ACCREDITATE COMLAS E SIMLA IN MATERIA DI VALUTAZIONE DI BASE DELLA DISABILITÀ

LAW 227 OF 22 DECEMBER 2021 AND ITS IMPLEMENTATION ACCORDING TO THE UNITED NATIONS CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES (CRPD): THE PROPOSAL OF THE ITALIAN SCIENTIFIC SOCIETIES ACCREDITED ON THE BASIC ASSESSMENT OF DISABILITY

**Massimo Martelloni<sup>1)</sup>, Camilla Tettamanti<sup>2)</sup>, Gianluca Landi<sup>3)</sup>, Fabio Fenato<sup>4)</sup>, Vincenza Palermo<sup>5)</sup>, Paolo Pelizza<sup>6)</sup>, Lucio Di Mauro<sup>7)</sup>, Giorgio Bolino<sup>8)</sup>, Luigi Lista<sup>9)</sup>, Pier Riccardo Bergamini<sup>10)</sup>, Francesco Introna<sup>11)</sup>, Antonina Argo<sup>12)</sup>, Carlo Scorretti<sup>13)</sup>**

#### RIASSUNTO

*L'evoluzione della tutela delle persone con uno svantaggio ha visto il susseguirsi di*

- 1) Presidente Emerito COMLAS - Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie, Firenze.
- 2) Ricercatore presso il Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) - Medicina Legale, Università degli Studi di Genova, Genova.  
Corresponding Author: Camilla Tettamanti, Università di Genova. Via De Toni 12, 16132 Genova. Mail: camilla.tettamanti85@gmail.com.
- 3) Dirigente medico presso la UOSD di Medicina Legale e Gestione delle Responsabilità di Siena, USL Toscana Sud Est, Presidente della Consulta dei Giovani Medici Legali Universitari, Siena.
- 4) Medico Legale, Padova.
- 5) Presidente Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie COMLAS - Direttore Medico Legale S.C. Risk Management ASLTO4, Torino.
- 6) Direttore SC Medicina Legale Territoriale, ASST Spedali Civili, Brescia.
- 7) Medico Legale, Catania.
- 8) Professore Associato nella Sezione di Medicina Legale - Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico Legali e dell'Apparato Locomotore - 'Sapienza' Università di Roma.
- 9) Maggior Generale Presidente Collegio Medico Legale della Difesa e Vice-Ispettore Generale della Sanità Militare Interforze.
- 10) Direttore SC Medicina Legale, ASU GI, Trieste.
- 11) Direttore della U.O.C di Medicina legale Universitaria della Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziata "Policlinico" di Bari, Professore Ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Bari, Presidente SIMLA - Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni e delle Scienze Forensi e Criminalistiche, Bari.
- 12) Direttore UO Medicina Legale, Policlinico Universitario, Scuola di Specializzazione, Università degli Studi di Palermo.
- 13) Già Direttore dell'UOC di Medicina Legale ASU GI, Trieste.

## RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

*diversi paradigmi sociali e di innumerevoli prestazioni garantite dallo Stato. Oggi oltre alla necessità di integrazione ed armonizzazione delle tutele in un contesto sovranazionale, la società in cui viviamo richiede non solo delle prestazioni economiche atte ad “integrare” una riduzione della capacità lavorativa, ma si rivolge soprattutto alla persona, in tutti i suoi domini di funzionamento, ed ambisce ad una uguaglianza, raggiungibile attraverso dinamiche adattative antidiscriminatorie “ragionevoli” basate sulla attenuazione dello svantaggio che deriva da una compromissione dello stato di salute causa di disabilità alla luce delle barriere sociali e ambientali che interagiscono nei confronti della persona.*

*In questo scenario, l’indispensabile ed unitario contributo tecnico medico-legale delle società scientifiche, relativo al nuovo concetto di disabilità ed al suo accertamento, assume una importanza prioritaria.*

**SUMMARY**

*A lot of different strategy has characterized the social benefits of disadvantaged persons in the past.*

*Any State in Europe and in the World is changing its social paradigms: the new concept of disability doesn’t concern only the need of integration and harmonization of protections, but it looks at the person, in all his domains of functioning, to try to fill the gap of the disability, to aim at equality. In this topic, the medical-legal contribution relating to the new concept of disability is fundamental. The translation of the assessment of disability will involve Legal Medicine soon hopefully: the Scientific Societies are ready to bring both the technical contribution and the cultural expertise to link politic choices and welfare.*

**Parole chiave:** disabilità, Legge 227/2021, accertamento di base, uguaglianza, inclusione.

*Keywords:* disability, Law 227/2021, basic assessment, equality, inclusion.

**SOMMARIO:**

1. Premessa; 2. Ridefinizione di disabilità e ricadute in termini accertativi; 3. Diverse competenze per la valutazione della disabilità; 4. L'autonoma rilevanza di ciascuna forma di disabilità e la difficile coesistenza di parametri valutativi diversi; 5. Le indicazioni della legge 227/2021; 6. Proposta di algoritmo sequenziale per la valutazione di base della disabilità; 7. Conclusioni.

**1. Premessa.**

Il lungo cammino percorso in Italia sul tema della disabilità ha visto lo sviluppo parallelo del tema delle garanzie sociali per i disabili, della assistenza sociale e della tutela della salute in ambito di interventi di prevenzione, diagnosi, cura riabilitazione, cure palliative e medicina legale.

I passaggi culturali iniziali degli anni '70 sono stati rappresentati dalla valorizzazione del tema della malattia e dell'affidamento del bene salute al medico ed alla organizzazione sanitaria, delle minorazioni conseguenti, della diminuzione della capacità lavorativa generica di ogni individuo e della risposta assistenziale dello Stato prevalente sul piano economico e debole sui servizi.

Il successivo sviluppo scientifico degli anni '80 della medicina ha messo a disposizione concetti nuovi e capacità di comprensione della fisiopatologia di organo e di apparato che ha permesso di misurare sul piano medico-legale il danno funzionale permanente di organo e di apparato e di tradurre nel Decreto Legislativo 509/88 le regole valutative scientifiche medico-legali della invalidità civile alle quali attenersi in tutto il Paese: regole che hanno pervaso il successivo Decreto Ministeriale sulle Tabelle del 5/2/1992, garantendo la composizione delle commissioni di accertamento con la presidenza dello specialista in Medicina Legale<sup>1)</sup>.

1) Cfr legge 295/1990: 1. Gli accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l'assegno o le indennità d'invalidità civile, di cui alla legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, alla legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, e alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, come modificata dalla legge 21 novembre 1988, n. 508, nonché gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati sono effettuati dalle unità sanitarie locali, a modifica di quanto stabilito in materia dall'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e dall'articolo 6-bis, comma 1, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni.

2. Nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti.

Esse sono composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici di cui al presente comma sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della unità sanitaria locale territorialmente competente.

Negli anni '90 si assisteva ad una crescita culturale del Paese e del sistema di assistenza ormai diventato pienamente sociosanitario.

La legislazione italiana imponeva la trasparenza degli atti pubblici, la giurisprudenza penale iniziava a delineare il passaggio dall'affidamento del bene Salute, all'autodeterminazione e quindi alle scelte di salute condivise.

Il Ministero del Tesoro già nel 1992 dava indicazione, nel valutare la incapacità a compiere autonomamente gli atti della vita quotidiana, di tener conto degli atti che rendono la vita dignitosa, al di là del confine degli atti elementari ovvero delle pure funzioni fisiologiche, ampliando la tutela al superamento delle barriere contestuali (indirizzo confermato peraltro da numerose sentenze dell'epoca e successive emanate dalla Corte di Cassazione).

Il legislatore completava la sua opera con la legge 104/1992, ponendosi però l'obiettivo, di colmare o limitare lo svantaggio sociale e/o lo stato di emarginazione determinato, nella persona definita allora handicappata<sup>2)</sup>, da una "minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa", arrivando ad affermare il concetto di handicap grave quando "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 stessa legge 104/92 segnava il passaggio dalla valutazione del minorato come Homo Faber, considerato solo rispetto alla sua capacità di produrre reddito attraverso il puro lavoro generico, a quella della persona considerata rispetto alle difficoltà, e fino alla perdita delle sue capacità di apprendimento, relazione o di integrazione lavorativa e quindi ai sensi dell'art. 1 della legge 104/92 ai riflessi di tale stato personale sulla famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società, tanto da prevedere interventi e facilitazioni non solo per il minorato, ma anche per i familiari stessi.

La legge 104 prevedeva ancora con l'art. 4 la valutazione dell'handicap come valutazione essenzialmente socio-sanitaria, integrando l'esame della persona anche con l'apporto di una figura di "operatore sociale" che avrebbe dovuto fornire preziose indicazioni sulle "difficoltà" ambientali: "Accertamento dell'handicap: 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'art. 1 della legge 15 ottobre

2) La definizione di **handicap** derivava nel 1992 dalla prima classificazione dell'OMS introdotta in via sperimentale per definire le conseguenze delle modifiche dello stato di salute sulla persona (International Classification of Impairment, Disability and Handicap - ICIDH). La legge 104/92 tuttavia non si limita ad introdurre tale concetto, ma anticipa di alcuni decenni nella nostra normativa di tutela i cambiamenti finalizzati a rimuovere gli ostacoli presenti nel contesto in cui vive la persona disabile, che verranno poi proposti in modo più sistematico a livello internazionale con la CRPD (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities e il suo Protocollo opzionale, che vennero adottati dalle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 e introdotti nel nostro ordinamento con la legge 3 marzo 2009, n.18).

1990, n. 295<sup>3)</sup>, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali”.

La legislazione si completava poi per gli invalidi con il Decreto Legislativo 124/1998 nel quale si affermava all'art. 5 che “ai soli fini dell'assistenza sanitaria, la percentuale di invalidità dei soggetti ultrasessantacinquenni è determinata in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”, una soluzione alla quale dava seguito la Nota Ministeriale del Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione, del 27 luglio 1998, n. 643, avente come oggetto: “Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, art. 5, comma 7. Valutazione dell'invalidità civile dei soggetti ultrasessantacinquenni” che affermava quanto segue: “Ai soli fini dell'assistenza sanitaria, la percentuale di invalidità dei soggetti ultrasessantacinquenni è determinata in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”.

La norma riafferma il concetto, già presente nell'art. 6 del d.lgs. n. 509/1988, che la valutazione dell'invalidità dei soggetti che abbiano superato i sessantacinque anni debba essere ancorata alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, piuttosto che alla riduzione della capacità lavorativa come previsto per i soggetti in età compresa tra i 18 ed i 65 anni (art.1, comma 3, dello stesso decreto legislativo), ma introduce l'obbligo delle Commissioni sanitarie preposte al riconoscimento di valutare la stessa invalidità, anche nel caso di ultrasessantacinquenni, con l'attribuzione di un valore percentuale che sintetizzi le conseguenze della menomazione sull'estrinsecarsi delle attività attese e consuete. Ciò avveniva allo scopo di sanare la contraddizione realizzata da altre disposizioni in materia sanitaria che subordinano la concessione di taluni benefici al possesso di specifiche percentuali di invalidità.

Considerato che l'ambito di applicazione della disposizione è limitato all'assistenza sanitaria e al fine di semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento, si ritenne che i diversi livelli e gradi di difficoltà riscontrabili potessero essere ricondotti a tre classi:

1. difficoltà lievi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 33,3% ed il 66,6% (da 1/3 a 2/3), ai fini della fruizione dell'assistenza protesica (art. 4, comma 2, del D.M. 28 dicembre 1992);

3) Gli accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l'assegno o le indennità d'invalidità civile, di cui alla legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, alla legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, e alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, come modificata dalla legge 21 novembre 1988, n. 508, nonché gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati sono effettuati dalle unità sanitarie locali, a modifica di quanto stabilito in materia dall'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e dall'articolo 6-bis, comma 1, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni. Nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti. Esse sono composte da un medico specialista in Medicina Legale che assume le funzioni di Presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici di cui al presente comma sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della unità sanitaria locale territorialmente competente.

RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

2. difficoltà medio-gravi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 66,6% ed il 99%, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art. 6, del D.M. 1° febbraio 1991, e successive modificazioni);

3. difficoltà gravi, corrispondenti ad invalidità pari al 100%, ai fini dell'esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16, della legge n. 537/1993 e successive modificazioni).

Si introduceva nel sistema di valutazione delle invalidità la metodologia di valutazione per fascia delle minorazioni oggetto di accertamento, facendo riferimento alle conseguenze della menomazione sull'estrinsecarsi delle attività attese e consuete per età.

Nello stesso anno il Decreto Legislativo n.112 del 31 marzo 1998 disponeva all'art. 130 che le funzioni di concessione dei trattamenti a favore degli invalidi civili fossero trasferite alle Regioni.

L'INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale), nel frattempo, dal novembre 1998 assunse la funzione di ente erogatore di pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili.

L'avvicinamento della legislazione italiana e della medicina legale al tema della disabilità si completava negli anni '90 con la approvazione della legge sul collocamento mirato dei disabili con la legge 68/1999.

Tale norma prevedeva che l'accertamento, tenuto conto del grado di invalidità civile superiore al 45%, fosse effettuato dalle stesse commissioni di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 per intervenire nei seguenti ambiti:

- Profilo socio-lavorativo del disabile;
- Studio delle capacità ed individuazione delle capacità migliori;
- Espressione di una diagnosi funzionale;
- Valutazione della capacità globale del lavoratore;
- Emissione di una relazione conclusiva con linee di indirizzo per il collocamento lavorativo della persona disabile.

Questo procedimento di tipo multidimensionale ha permesso di effettuare dal 2000, a seguito del Decreto Ministeriale applicativo della medesima legge, collocamenti mirati personalizzati anche indicando sostegni, necessità formative e prescrizioni preventive, in alcuni casi anche tramite accertamenti sul posto di lavoro.

Il DPCM del 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) affermava che i servizi di Medicina Legale delle, allora, AUSL rientravano nelle prestazioni gratuite garantite.

Da notare quindi come in ambito medico legale, sin dagli anni 90, in Italia si era giunti a definire compiutamente in ambito assistenziale, in piena coerenza con il secondo

comma dell'art. 3 del nostro dettato Costituzionale<sup>4)</sup>, una valutazione non solo strettamente biologica, ma già chiaramente orientata verso i bisogni della specifica persona, considerata nel suo contesto di vita.

La valutazione a cui ci si riferisce nella 104/92 è infatti finalizzata alla rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, rimanendo altresì del tutto coerente con il tradizionale e consolidato principio valutativo medico legale di personalizzazione.

In questo scenario normativo nel marzo 2002 si affaccia la pubblicazione dell'ICF (International Classification of Functioning) da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), classificazione proposta come standard internazionale per descrivere e misurare salute e disabilità. L'ICF è una classificazione degli stati dei domini di funzionamento delle persone che supera la precedente classificazione ICIDH e rappresenta una profonda innovazione nell'approccio definitorio della disabilità.

Recepisce, infatti, l'idea base che la disabilità non è una situazione che riguarda singole persone rispetto al gruppo maggioritario di "non disabili", ma riguarda tutte le persone in quanto componenti di un gruppo sociale.

Questa classificazione considera gli aspetti contestuali della persona ed evidenzia, in particolare, la correlazione fra stato di salute e ambiente. Nell'ottica dell'ICF gli strumenti di accertamento costituiscono un "modulo integrato" bio-psico-sociale che partendo dall'accertamento delle condizioni di salute delle persone osservate si estendono all'interazione con i fattori ambientali, nella convinzione che non ci possa essere definizione di disabilità se non attraverso la valutazione del modo di interagire dell'individuo con il contesto ambientale nel quale egli vive.

In Italia sono attuate numerose sperimentazioni dell'ICF, ma senza utilizzi concreti fino al 2023 con l'applicazione in tema di inclusione scolastica.

Dal 2002 si assiste all'esplosione della spesa pubblica in materia di invalidità civile: la questione è, in prima battuta, attribuita all'esistenza di numerosi falsi invalidi. È così amplificato un dibattito, già presente da tempo, sui cosiddetti "falsi invalidi", ovvero su coloro che ricevono una pensione di invalidità senza essere persone invalide, a seguito di truffe, magari con connivenze con funzionari di enti o medici delle commissioni mediche. Si è perfino giunti a formulare assurde equiparazioni, per cui i falsi invalidi sarebbero stati talmente numerosi da quasi eguagliare il numero degli invalidi veri.

L'INPS che ha sostituito nel frattempo il Ministero del Tesoro nella funzione di controllo delle commissioni mediche e medico-sociali delle USL ottiene la approvazione della legge 102/2009 il cui art. 20, "Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile", propone una immagine del problema della disabilità infondata: la Corte dei Conti e le

4) È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

associazioni dei disabili hanno più volte affermato e dimostrato – con un bilancio di controlli, cause e prestazioni erogate – l'economia assolutamente sfavorevole dell'operazione.

Il contenzioso civile ne è stata una conseguenza naturale (si indica a piè di pagina il link all'articolo scritto dall'Avv. Parisi che analizza i dati sconcertanti del contenzioso INPS aggiornato a dicembre 2022 da cui emerge come 1/15 dell'intero contenzioso civile di merito nazionale vede controparte l'INPS, con 2800000 cause giacenti di cui il 14% – in numeri circa 392000 – inerenti specificatamente aspetti di invalidità civile)<sup>5</sup>).

La riflessione proposta da molti, invece, ricollega l'aumento di spesa pubblica al rapporto tra allungamento dell'aspettativa di vita ed aumento delle patologie croniche invalidanti da un lato ed una maggior cultura dei diritti della cittadinanza dall'altro.

In tal senso gli indubbi guadagni di vita sono appesantiti dal peggioramento delle condizioni di salute con una crescente anticipazione delle malattie croniche che riducono nettamente il numero di anni mediamente vissuti in buona salute. In Italia è stato calcolato che dal 2000 al 2014 il numero medio di anni vissuti nella cronicità è cresciuto di 6,4, di cui 3,4 anni dovuti all'allungarsi della vita e tre da imputare alla comparsa precoce delle malattie croniche (da 56,5 anni a 53,5: ma è già dal trentacinquesimo anno – cinque anni prima della media europea – che tendono a crescere in Italia le patologie disabilitanti).

Nel 2017 vengono approvati nuovi livelli essenziali di assistenza e alla Medicina Legale del SSN<sup>6</sup>) sono affidati i compiti e le prestazioni nell'ambito della disabilità “Attività medico-legali per finalità pubbliche”.

Nel 2020 l'ISTAT affronta con un rapporto dal titolo “invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia” non solo l'incremento di patologie croniche nella popolazione ma l'incremento netto della necessità delle famiglie di prendersi cura dei

5) <https://consulentidellavoro.mi.it/articoli-in-evidenza/fare-cause-allinps-una-partita-difficile/> per il report completo con analisi grafica.

6) Il Servizio Sanitario nazionale venne introdotto in Italia con la legge 833 del 1978. Erano già passati trent'anni dalla formulazione della Costituzione Repubblicana, ma anche dall'introduzione in Gran Bretagna del modello al quale l'Italia si sarebbe ispirata trent'anni dopo: Il National Health Service (NHS).

Alla fine del secondo conflitto mondiale con la vittoria degli Alleati, in Gran Bretagna ed in gran parte degli Stati Europei divenne egemone, anche in contrapposizione al modello di tutela previdenziale-corporativo degli stati sino ad allora nemici – soprattutto Italia e Germania – che mettevano al centro la figura del cittadino-operaiosoldato, la forma di tutela dello Stato definita invece come “Welfare State”. Questo modello, basato sui diritti della “persona” umana, a prescindere dal suo ruolo, si articolò, in molte forme attuative, tra le quali quelle con le quali venne istituito il NHS. Le resistenze iniziali della classe medica inglese alla proposta di una sanità posta sotto il rigido controllo statale, tale da prefigurare una perdita della tradizionale autonomia professionale, furono vivaci. La British Medical Association (BMA) dichiarò esplicitamente che “the medical profession should remain free to exercise the art and science of medicine according to its traditions, standards and knowledge ... without interference.” (BMA). Tuttavia, la volontà popolare ed il governo laburista riuscirono a realizzare il NHS, anche e soprattutto perché il Paese era appena uscito dalla guerra, le aspettative del pubblico nei confronti di un Servizio Sanitario Nazionale erano ancora piuttosto limitate e quindi anche più facilmente soddisfabili. Le code ed i razionamenti facevano infatti ancora parte della vita quotidiana.



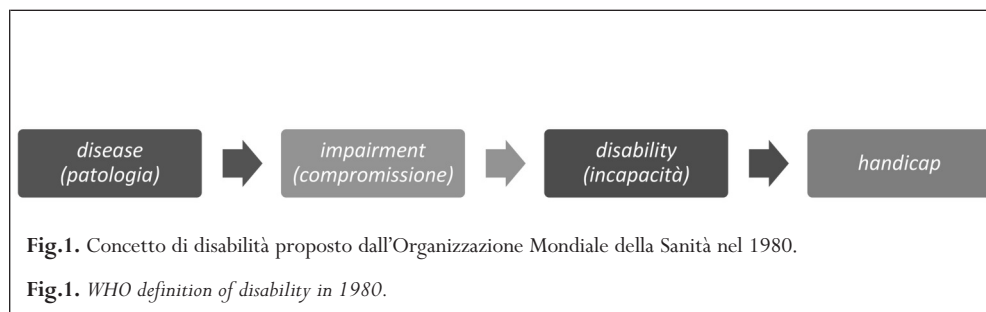
membri anziani fragili<sup>7)</sup>. È intervenuta sulla materia in più occasioni, affermando che, poiché le persone vivono più a lungo e quindi hanno maggiori probabilità di sperimentare più malattie croniche, si prevede che un numero crescente di adulti dovrà affrontare la necessità di prendersi cura di parenti molto anziani e talvolta fragili. In prospettiva, attenendosi allo scenario mediano, nel 2060, chi in quell'anno avrà tra i 50 e i 64 anni di età avrà tre volte più probabilità di quanto accada oggi di assistere parenti più anziani.

L'aumento delle malattie croniche necessita, pertanto, di nuove risposte ai bisogni della popolazione disabile: in questo contesto, e sulla scia di un cambiamento di visione internazionale, nasce la Legge 227/2021.

## 2. Ridefinizione di disabilità e ricadute in termini accertativi.

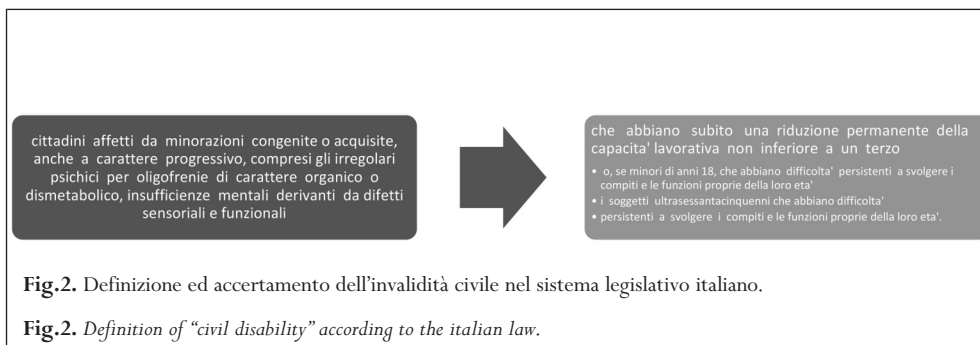
È opportuno puntualizzare alcune evoluzioni culturali che hanno portato alla necessità di procedere a ridefinire la disabilità in linea con la CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities).

Il concetto di “*disabilità*” definito dalla classificazione OMS ICDH-1980, si incentrava sull'inquadramento della ridotta o abolita capacità di svolgere una determinata attività, nei modi e nei limiti ritenuti generalmente normali, basata su una seriazione causale di tipo lineare (Fig. 1):



Tale modello concettuale era intrinsecamente già implicito nel tradizionale modello di accertamento dell'invalidità (Fig. 2) e dell'handicap (Fig. 3):

7) Questo concetto è palese valutando un altro indicatore strutturale, il Parent support ratio (Psr), definito come il numero di persone di età pari o superiore a 85 anni per 100 persone di età compresa tra 50 e 64 anni. Questo rapporto fornisce un'indicazione della domanda complessiva cui le famiglie devono rispondere per fornire supporto ai loro membri più anziani. In effetti, sta diventando sempre più comune per le persone tra i cinquanta e i sessantaquattro anni avere genitori in vita. Questo rapporto, che era pari al 3,4 per cento nel 1960, oggi è arrivato a superare la quota del 16 per cento. Un ulteriore aumento del rapporto negli anni a venire implica che coloro che sono in prossimità di concludere la propria vita lavorativa avranno ancora più genitori anziani da sostenere.



La definizione di persone con disabilità, di cui alla convenzione ONU (ratificata con Legge 3 marzo 2009, n. 18<sup>8</sup>) fondata su un "approccio valutativo bio-psico-sociale", rappresenta un'evoluzione, più che il superamento del "modello valutativo medico"; nella nuova concezione i rapporti di reciproca influenza tra i determinanti della disabilità non si legano in una causalità di tipo lineare semplice, ma interagiscono fra loro portando ad un minore o maggiore grado di disabilità. Acquisiscono così valore le limitazioni di capacità anche in assenza di riduzione di performance e viceversa la riduzione di performance in assenza di compromissioni di capacità<sup>9</sup>. Questo modello valorizza, infatti, l'interazione tra una persona con problemi di salute e contesto (inteso come insieme di fattori ambientali e personali).

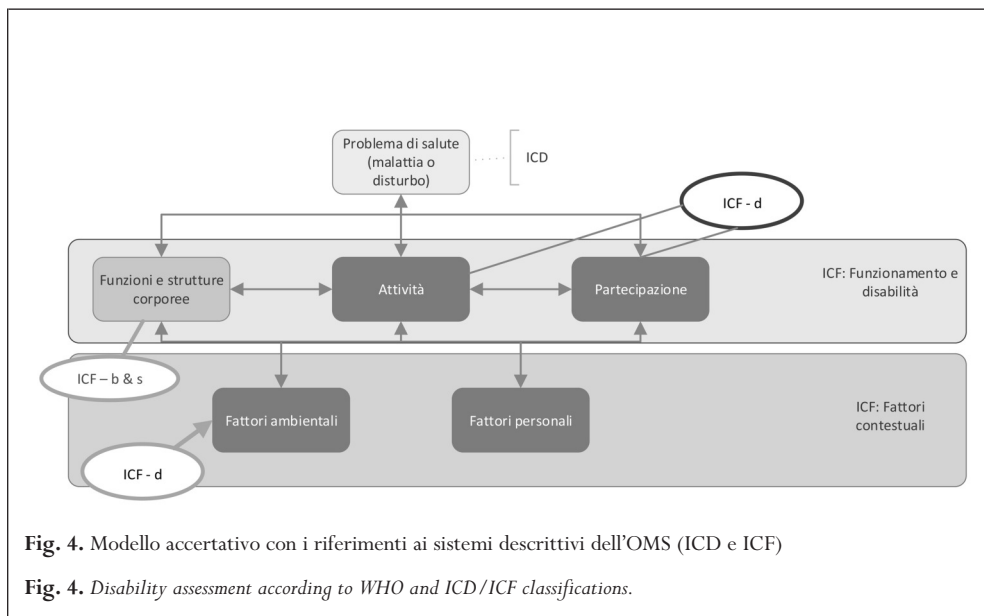
Questa è la rivoluzione sociale e culturale proposta dall'OMS, per la quale la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) rappresenta la logica cornice concettuale di analisi e descrizione del funzionamento: i fattori ambientali, agendo come barriere o facilitatori, qualificano la performance (difficoltà da assente a totale) con cui quella persona svolge determinate attività o può essere coinvolta in situazioni di vita<sup>10</sup>.

8) Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità - New York, 13 dicembre 2006.

9) Allegato 4 Manuale ICF dell'OMS, ed. Erickson.

10) Tale concetto si trova formulato, oltre che in letteratura, anche nelle "Linee Guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e del profilo di funzionamento, tenuto

In questo nuovo concetto definitorio e concettuale, anche relativamente agli aspetti terminologici, pare superato il concetto di mera menomazione, meglio ricollegabile a quello di compromissione<sup>11)</sup> e trova naturale applicazione accertativa la classificazione secondo ICD e ICF (Fig. 4).



### 3. Diverse competenze per la valutazione della disabilità.

La valutazione medica della compromissione della performance, quindi, integra lo stato di salute (e le capacità residue e le potenzialità) con l'analisi socioassistenziale dei fattori personali e ambientali, al fine di verificare ed identificare il grado di partecipazione e gli strumenti atti a favorire il superamento della emarginazione ed il reintegro nella partecipazione.

Tale modello ricalca sostanzialmente l'impostazione della legge 104/92 ed in tal senso la legge 227/21 indica la necessità di riformulare la valutazione di base della disabilità proprio nell'ottica di quanto già inserito nella legge del 1992<sup>12)</sup>.

Ecco, quindi che la definizione di disabilità parte necessariamente dalla persona con

conto della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) e della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) dell'OMS in attuazione dell'art. 5 c. 6 del D. Lgs. 66/2017 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità", come modificato dal D. Lgs. 96/2019 "Disposizioni integrative e correttive al D. Lgs. 66/2017".

11) Nel testo delle Nazioni Unite il concetto è definito con la parola *impairment*.

12) Art. 2 comma 2 punto b 1 della legge 227/2021: "la valutazione di base accerti, ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato in coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, la condizione di disabilità e le necessità di sostegno, di sostegno intensivo o di restrizione della partecipazione della persona ai fini dei correlati benefici o istituti".

disabilità: è persona disabile chi si trova in una concreta condizione di disuguaglianza con i pari nel partecipare alle attività della famiglia, della scuola, del lavoro e della società per ostacoli fisici, culturali, ambientali o sociali, in interazione con le sue compromissioni di qualsiasi natura (fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva o persistente).

Tale riformulazione, pone meglio in evidenza il come la condizione di disabilità sia conseguente alla interazione tra barriere comportamentali ed ambientali e compromissioni, nel concretizzare la piena ed effettiva partecipazione della persona alla società su base di uguaglianza con gli altri.

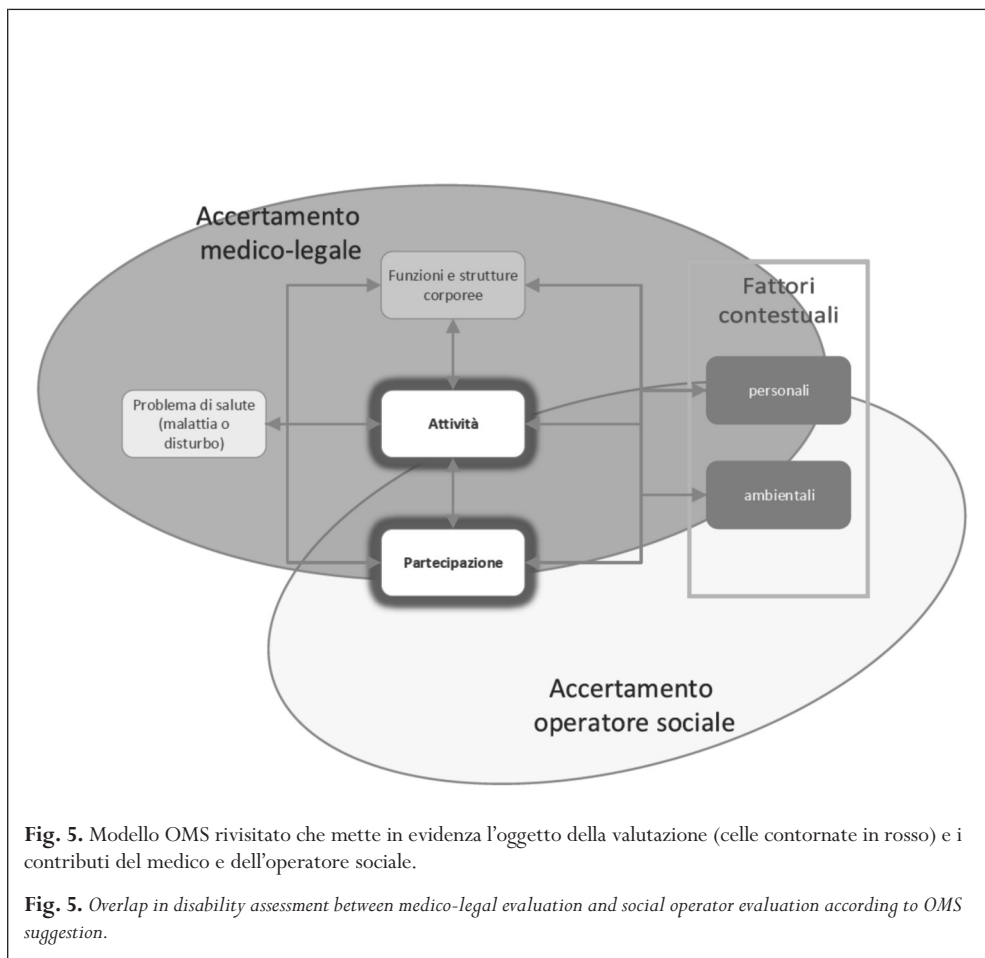
L'individuazione della condizione di disabilità, pertanto, non è derivabile semplicemente ed automaticamente dalla condizione di salute o dalla compromissione, che ne costituiscono le necessarie precondizioni, ma dalla interazione delle capacità residue (limitate per le compromissioni stesse) con l'ambiente di vita.

La definizione di disabilità risulta pertanto dal lavoro congiunto del medico che valuta gli aspetti anatomo-funzionali del quadro patologico di base e le sue influenze sul funzionamento e dell'operatore sociale che valuta le effettive influenze dei fattori contestuali e le limitazioni della partecipazione.

Come è possibile rilevare dallo schema dell'OMS rielaborato dagli autori (Fig. 5), l'accertamento medico-legale e l'accertamento dell'operatore sociale sono strettamente connessi, incontrandosi sugli aspetti relativi all'attività e alla partecipazione. Il medico è deputato alla codifica degli aspetti correlati alla condizione patologica (che presuppone anche una valutazione di alcuni fattori personali, quali ad esempio aspetti della sfera psicologica e/o psichiatrica) mentre l'operatore sociale ha il compito di arricchire la valutazione con l'inquadramento di altri aspetti personali (si pensi, ad esempio, agli aspetti familiari e sociali).

L'obiettivo ultimo resta la valutazione della condizione di disagio della persona (intesa quale difficoltà a partecipare) e l'individuazione degli strumenti per superare tale disagio. L'apporto medico è essenziale per ricondurre il disagio ad una condizione di portatore di compromissioni fisiche, mentali o sensoriali.

Poiché l'esito di una valutazione della disabilità ha la finalità di individuare gli strumenti "compensativi" correlati alla compromissione della partecipazione, è necessario un trasparente sistema di pesatura della tipologia e della gravità delle compromissioni delle capacità. La valutazione di base deve, quindi, essere logicamente legata alla valutazione multidisciplinare (ancorché quest'ultima costituisca un'ulteriore definizione più dettagliata in relazione a determinati settori di intervento sociosanitario), posta dalla legge 227/21 in un momento cronologicamente successivo e solo se richiesta specificatamente dal fruitore degli eventuali benefici.



#### 4. L'autonoma rilevanza di ciascuna forma di disabilità e la difficile coesistenza di parametri valutativi diversi.

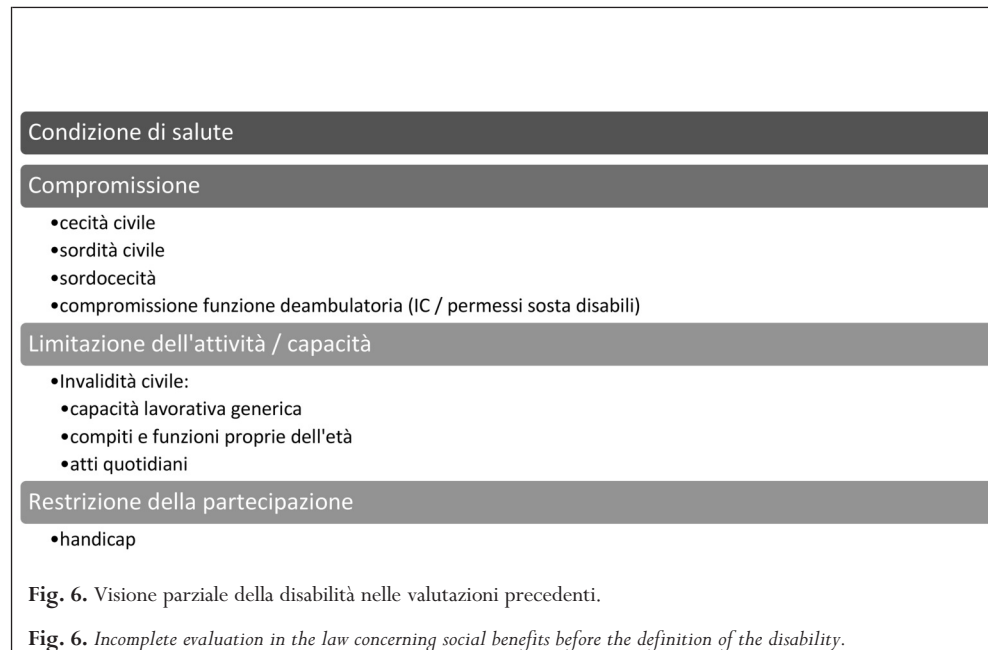
La stessa legge che rivoluziona il concetto di disabilità stabilisce che “il processo valutativo di base”, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, avvenga in una unica procedura “confermando e garantendo la specificità e l'autonoma rilevanza di ciascuna forma di disabilità” che elenca di seguito in:

- invalidità civile ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118,
- cecità civile ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e della legge 3 aprile 2001, n. 138,
- sordità civile ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381,
- sordocecità ai sensi della legge 24 giugno 2010, n. 107,
- all'individuazione degli alunni con disabilità di cui all'articolo 1, comma 181, lettera c), numero 5), della legge 13 luglio 2015, n. 107,

- disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68, e dell'articolo 1, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151,
- concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa,
- valutazioni utili alla definizione del concetto di non autosufficienza
- valutazioni relative al possesso dei requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie
- valutazioni relative alla mobilità
- nonché di ogni altro accertamento dell'invalidità previsto dalla normativa vigente.

Le forme di disabilità sopra elencate, poste in riferimento a specifiche normative di tutela precedenti, frutto di anni di stratificazioni di norme in questo ambito, sottendono a parametri valutativi in chiaro conflitto con l'intento stesso della riforma, andando a separare i vari aspetti di compromissione (solo per riportare alcuni esempi, valutazione della capacità lavorativa generica, compromissione della deambulazione, compromissione della funzione visiva, compromissione della funzione uditiva in base all'età, handicap, disabilità scolastica e così via).

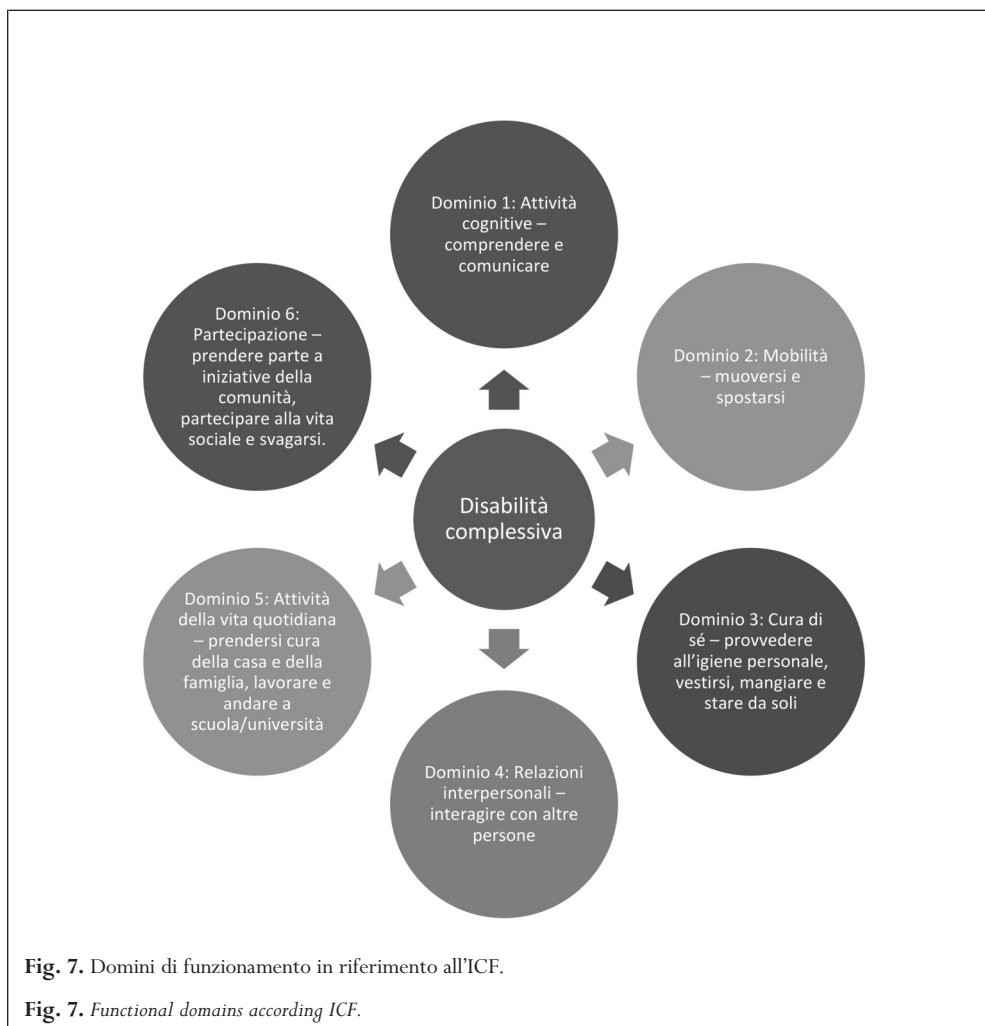
In riferimento alla concezione OMS dei determinanti della disabilità, tali previsioni normative, che si vogliono mantenere, si collocano a livelli differenti (Fig. 6):



Emerge chiaramente la parzialità dei precedenti benefici (tutti raccolti nel ben più ampio insieme della disabilità): come può quindi essere ancora attuale il riferimento valutativo alla capacità lavorativa generica, quando lo stesso è stato, per legge, sostituito

dalla capacità nello svolgimento di attività confacenti all'età che consentono alla persona una partecipazione attiva nella società sulla base di uguaglianza con gli altri?

La valutazione di base della disabilità<sup>13)</sup>, quindi, dovrà tendere a superare le vecchie differenti parametrizzazioni delle condizioni tutelate per legge, e mirare a descrivere e pesare il profilo di funzionamento della persona con riferimento ai sei domini generali della vita previsti dall'ICF (Fig. 7), determinando un grado di definizione funzionale all'ambito di tutela (al fine di stratificare le compromissioni per gravità) e pesatura in base ai qualificatori previsti:



13) Argo, A., Zerbo, S., Scalici, E., Procaccianti, P. (2010). *Gli strumenti di valutazione delle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età nel minore. DIFESA SOCIALE*, 2010.

## 5. Le indicazioni della legge 227/2021.

La legge indica i riferimenti da considerare al fine di garantire il riconoscimento della disabilità attraverso una valutazione congruente, trasparente ed agevole, al fine ultimo di promozione dell'autonomia, dell'uguaglianza e dell'autodeterminazione<sup>14)</sup>, disponendo la realizzazione di decreti legislativi diretti ad intervenire in numerosi ambiti in modo progressivo e sulla base delle risorse disponibili (ponendo chiaro riferimento anche ai fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)).

Di fatto molte delle problematiche sono lasciate ad interventi normativi successivi dalla definizione stessa di disabilità al riordino ed alla semplificazione delle normative di tutela ed assistenza ai disabili. È inserita la necessità di costruire un nuovo sistema di accertamento di base della disabilità come di valutazione multidimensionale e di realizzazione del progetto di vita individuale (definito come personalizzato e partecipato) con informatizzazione ed archiviazione di tutti i processi valutativi, anche attraverso necessari momenti di aggiornamento, sperimentazione e verifica dei risultati.

Si evidenzia, inoltre, l'istituzione di un Garante nazionale delle disabilità con potenziamento del dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. In conclusione, vi è specifico riferimento alla riqualificazione dei servizi pubblici in tema di inclusione e accessibilità.

Tali aspetti trovano specifici binari di indirizzo all'art. 2 della medesima legge: in particolare il comma 2 punto a) e sotto commi 1, 2, 3, 4, 5 e punto b)<sup>15)</sup>.

14) Dalla legge 227/2021: "... attuazione degli articoli 2, 3, 31 e 38 della Costituzione e in conformità alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n.18, alla Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) 101 final, del 3 marzo 2021, e alla risoluzione del Parlamento europeo del 7 ottobre 2021, sulla protezione delle persone con disabilità, al fine di garantire alla persona con disabilità di ottenere il riconoscimento della propria condizione, anche attraverso una valutazione della stessa congruente, trasparente e agevole che consenta il pieno esercizio dei suoi diritti civili e sociali, compresi il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa, nonché l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei trasferimenti finanziari previsti e di ogni altra relativa agevolazione, e di promuovere l'autonomia della persona con disabilità e il suo vivere su base di pari opportunità con gli altri, nel rispetto dei principi di autodeterminazione e di non discriminazione".

15) Si mette in nota il testo completo dell'art. 2 comma a): "... 1) previsione che, in conformità alle indicazioni dell'ICF e tenuto conto dell'ICD, la valutazione di base accerti, ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato in coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, la condizione di disabilità e le necessità di sostegno, di sostegno intensivo o di restrizione della partecipazione della persona ai fini dei correlati benefici o istituti;

2) al fine di semplificare gli aspetti procedurali e organizzativi in modo da assicurare tempestività, efficienza, trasparenza e tutela della persona con disabilità, razionalizzazione e unificazione in un'unica procedura del processo valutativo di base ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, degli accertamenti afferenti all'invalidità civile ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, alla cecità civile ai sensi della legge 27 maggio 1970, n.382, e della legge 3 aprile 2001, n. 138, alla sordità civile ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381, alla sordocecità ai sensi della legge 24 giugno 2010, n. 107, delle valutazioni propedeutiche all'individuazione degli alunni con disabilità di cui all'articolo1, comma 181, lettera c), numero 5), della legge 13 luglio 2015, n.107, all'accertamento della disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68, e dell'articolo1, comma 1, lettera c), del



Non vi sono dubbi che quanto scritto nella legge imponga una sfida complessa, con nuovi punti di partenza e nuovi orizzonti da raggiungere, senza dimenticare chi è già fruitore di un beneficio previdenziale che non può essere chiamato a pagare lo scotto del cambiamento.

Ma questa sfida deve essere vinta, certamente attraverso scelte politico-economiche, ma con un necessario supporto tecnico multidisciplinare, in cui la Medicina Legale, per competenze metodologiche, accertative, valutative e di tutela della Salute non può essere ignorata.

## **6. Proposta di algoritmo sequenziale per la valutazione di base della disabilità.**

Non può mancare, quindi, una prima proposta concreta delle Società Scientifiche SIMLA e COMLAS di cui, in questa fase, si propone uno schema di massima orientativo da cui, si auspica, nascere un fruttuoso dibattito scientifico e culturale per fornire risposte necessarie a domande cogenti che un Paese di Diritto deve necessariamente porsi per passare da una visione di persona affetta da menomazione incidente sulla mera capacità di guadagno ad una valutazione delle compromissioni della stessa persona in relazione a tutti i domini funzionali della vita.

decreto legislativo 14 settembre 2015, n.151, e alla concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, delle valutazioni utili alla definizione del concetto di non autosufficienza e delle valutazioni relative al possesso dei requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità nonché di ogni altro accertamento dell'invalidità previsto dalla normativa vigente, confermando e garantendo la specificità e l'autonomia rilevanza di ciascuna forma di disabilità; 3) previsione che, in conformità alla definizione di disabilità e in coerenza con le classificazioni ICD e ICF, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, si provveda al progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità previsti dal decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel Supplemento ordinario n. 43 alla Gazzetta Ufficiale n.47 del 26 febbraio 1992; 4) affidamento a un unico soggetto pubblico dell'esclusiva competenza medico-legale sulle procedure valutative di cui al numero 2), garantendone l'omogeneità nel territorio nazionale e realizzando, anche a fini deflativi del contenzioso giudiziario, una semplificazione e razionalizzazione degli aspetti procedurali e organizzativi del processo valutativo di base, anche prevedendo procedimenti semplificati di riesame o di rivalutazione, in modo che siano assicurate la tempestività, l'efficienza e la trasparenza e siano riconosciute la tutela e la rappresentanza della persona con disabilità, in tutte le fasi della procedura di accertamento della condizione di disabilità, garantendo la partecipazione delle associazioni di categoria di cui all'articolo 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295; 5) previsione di un efficace e trasparente sistema di controlli sull'adeguatezza delle prestazioni rese, garantendo l'interoperabilità tra le banche di dati già esistenti, prevedendo anche specifiche situazioni comportanti la irrevocabilità nel tempo, fermi restando i casi di esonero già stabiliti dalla normativa vigente".

RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

Legge 227/2021 COMMISSIONE Socio-sanitaria per ACCERTAMENTO DISABILITÀ CIVILE Ex art. 2 comma 2 punto b1	Ex D.L. 509/ 88 e cap. 2° ex Tabelle IC su fisiopatologia organo ed apparato: LG ex art. 2 comma 2 punto b 3	Nuova Tabella come da Legge 104/92: natura e consistenza incidente su compiti e funzioni proprie dell'età /entità della menomazione Metodologia valutativa tramite coesistenza e concorrenza	Diagnosi di menomazione con indicazio- ne delle capacità compromesse indicate in elenco	ICF e/o schede sociali semplificate (RISORSE) con analisi dei fattori sociali e ambientali con utilizzo dei domini ICF	Capacità complessiva individuale residua	Valutazione ponderata Per livello qualitativo o numerico per fascia in rapporto a fattori soggettivi, sociali ambientali derivante da pesatura B e F rispetto alla menomazione	F A S C I A %
Menomazione Congenita o acquisita	Danno funzionale permanente o duraturo di organo od apparato Linee Guida da aggiornare ogni tre anni	Valutazione Percentuale della Menomazione 0-100% espressa in calcolo secco	Disabilità Tipologia come da elenco: Visiva etc	Pesatura % delle Barriere(B) e dei Facilitatori (F) e incidenza rispetto alla menomazione Simboli >o< maggiore o minore >.< indifferente	Capacità complessiva individuale residua come giudizio qualitativo complessivo sulla persona	Livello disabilità come da Legge 328/2000	
	lieve	30-34%		>o< >.<	ottima	lieve	%
	medio	35%-45%		>o< >.<	elevata	Lieve/media	%
	Medio-elevato	46%-59%		>o< >.<	media	Medio-elevata	%
	elevato	60%-73%		>o< >.<	Medio-bassa	Elevata I	%
	grave	74%-79%		>o< >.<	bassa	Elevata II	%
	gravissimo	80-100%		>o< >.<	Minima con perdita della autonomia e/o non autosufficiente	Grave	%
Revisione				Efficacia Facilitatori	SI	NO	
Aggravamento				Progressività e nuove menomazioni			

Tab. 1. Proposta di algoritmo per la valutazione di base in tema di disabilità.

Tab. 1. Proposal for the basic assessment of disability.

## 7. Conclusioni.

Il percorso virtuoso di passaggio tra la presa in carico della persona con disabilità e le prestazioni previste oggi, non può che imporre una minuziosa e metodologica riflessione sul cambiamento delle esigenze tra la persona con disabilità e l'invalido civile.

Sarà necessario un nuovo sistema valutativo, ordinato per sistemi funzionali ed organo-sensoriali, completo di indicazione dell'incidenza funzionale (assente, lieve, moderata, grave, gravissima) della compromissione ai fini della determinazione della disabilità tenuto conto dell'ICD e de suoi aggiornamenti ed ai sensi dell'ICF. Tale strumento dovrà essere elaborato, eliminando il riferimento al paradigma valutativo della capacità lavorativa, e tenendo conto dell'incidenza della compromissione sulla capacità dello svolgimento di attività confacenti all'età, con riguarda alla partecipazione attiva nella società sulla base di uguaglianza con gli altri.

Data l'importanza sociale e l'incidenza concreta di questo strumento sulla vita delle persone, il supporto tecnico dovrà prevedere il coinvolgimento di tutte le categorie di utilizzatori delle stesse (fruitori, accertatori, addetti all'erogazione delle prestazioni, ecc.) per giungere alla massima condivisione ed al massimo consenso. A tale scopo le Società Scientifiche coinvolte già si stanno congiuntamente adoperando per poter tempestivamente fornire un supporto medico-legale completo e condiviso, coerente e proporzionale, anche in riferimento alle risultanze tra accertamento di base e valutazione multidimensionale, da proporre e su cui intavolare un proficuo confronto con il Ministero della Salute, correttamente indicato dalla legge 227 come titolare delle scelte di modificazione degli aspetti valutativi in tema di disabilità.

Per una migliore integrazione tra il "vecchio sistema" ed il "nuovo", nella definizione di nuove tabelle potrà essere auspicabile una classificazione a fasce della disabilità, suddivise per soglie di benefici (oggi l'invalidità civile prevede l'utilizzo di un valore percentuale tra 0 e 100%, ma i benefici erogati sono fissati a percentuali prestabilite o alla sussistenza o meno di specifici requisiti, che, logicamente, delineano intervalli numerici cui corrispondono specifiche prestazioni).

Sarà necessario, preliminarmente, prevedere interventi congiunti tra i diversi Ministeri al fine di ridisegnare le soglie per i benefici erogati dallo Stato ed individuare eventuali nuovi benefici sulla base delle risorse disponibili e di scelte di politica sociale squisitamente di pertinenza legislativa, non facendo venire meno i diritti acquisiti per le generazioni di disabili presenti e future. Sarà possibile, inoltre, indicare criteri di semplificazione per l'accesso alla valutazione di base rispetto al complesso circuito attuale, limitando le revisioni secondo criteri scientifici, rilasciando a richiesta le certificazioni per la fruizione di ulteriori prestazioni sociali ed economiche direttamente alla fine del processo valutativo e favorendo per le patologie con gravi compromissioni funzionali certificate da Enti Pubblici l'accesso diretto e prioritario alle prestazioni economiche e

RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

sociali previste dalle leggi nazionali, regionali e dai regolamenti regionali, senza necessità di effettuare il processo valutativo di base.

Stare al servizio e coltivare il bene comune siano la luce di questa riforma.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] SCORRETTI C. Handicap ed invalidità civile: nuove tabelle per la valutazione dell'invalidità civile, Legge quadro sull'handicap, evoluzione della normativa assistenziale negli ultimi quattro anni. Collana di Medicina Legale 12. Napoli: Liviana Medicina, 1993.
- [2] BARNI M. Il ruolo della medicina legale nella nuova disciplina del sistema previdenziale (e assistenziale). Resp civ prev 66, 149, 1995.
- [3] Invalidità civile: legislazione e criteri di valutazione negli infradiciottenni e negli ultrasessantacinquenni ai fini dell'assistenza socio-sanitaria. Un ponte tra l'invalidità civile e l'handicap. Autori: M. Martelloni, L. Romanelli. Invalidità Pensionabile e pensionistica Privilegiata. Atti Convegno Montecatini Terme del 14-17 Dicembre 1995, pp. 103-114. G. Giappichelli Editore - Torino 1997.
- [4] Invalidità Civile: Incertezze e Rischi nel Sistema Valutativo. Autori: M. Martelloni, L. Romanelli. Jura Medica, Aprile 1998 Anno XI, n. 1, pp. 35-52. Edizioni Colosseum 1998.
- [5] Handicap e Invalidità: per una armonizzazione del sistema valutativo. Autore: M. Martelloni, D. Lepore, L. Romanelli. Rivista - Medicina Legale Quaderni Camerti Anno XX, 2 -1998.
- [6] MARTINI M, SCORRETTI C. L'invalidità civile. Noceto: Essebiemme, 1999.
- [7] UMANI RONCHI G, DI LUCA NM, BOLINO G. Le recenti norme per il diritto al lavoro dei disabili (legge 12 marzo 1999, n. 68)., qualche certezza, diverse perplessità per il medico legale. Zacchia 72, 17, 1999.
- [8] Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità - New York, 13 dicembre 2006.
- [9] Allegato 4 Manuale ICF dell'OMS, ed. Erickson.
- [10] PARISI M. Fare causa all'INPS, una partita difficile. Rassegna di Giurisprudenza e di Dottrina, dicembre 2022.
- [11] BOLINO G, LISTA L. La consulenza tecnica in ambito di: invalidi civili, ciechi civili, sordomuti, portatori di handicap. La pensione di inabilità nel pubblico impiego. In AA.VV. La consulenza tecnica in medicina legale. Giuffrè, Milano, 2001.
- [12] FERRONATO C, AVATO FM, GAUDIO RM. Headache disability evaluation and impairment assessment in the Italian Health Care and Welfare System. Confinia Cephalalgica 27(1):7-12, 2017.
- [13] ATELLA V, BELOTTI F, CRICELLI C, DANKOVA D, KOPINSKA J, PALMA A, PIANO MORTARI A. (2017). The "Double Expansion of Morbidity" Hypothesis: Evidence from Italy, CEIS Research Paper, 396, February 2017.
- [14] BMA. Negotiating committee report. London, 1946.

- [15] IRVINE D. The changing relationship between the public and the medical profession. Lloyd Roberts Lecture, 16 January 2001, *J R Soc Med* 2001; 94:162.
- [16] MARTELLONI M. Relazione di Apertura del 3° Congresso Nazionale del COMLAS su “Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l’accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore tutela della integrazione del cittadino disabile”. Atti del 3° Congresso Nazionale del COMLAS, Ferrara, Centro Congressi, 18-20 marzo 2004. Edizioni ESSEBIEMME 2005, pg 25-43.
- [17] Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità – New York, 13 dicembre 2006.
- [18] Allegato 4 Manuale ICF dell’OMS, ed. Erickson.
- [19] MARTELLONI M, DEL VECCHIO S, MARTINI M. Atti del 3° Congresso Nazionale del COMLAS, Ferrara, Centro Congressi, 18-20 marzo 2004. Edizioni ESSEBIEMME 2005 su “Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l’accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore tutela della integrazione del cittadino disabile”.
- [20] MARTELLONI M, LENZI S. La valutazione della sordità nel Servizio Sanitario Nazionale, Atti 1° Conferenza Nazionale Sulla Sordità, Roma 8-9 maggio 2008.
- [21] CARDONA C, MARTELLONI M. Contrassegno: linee di indirizzo metodologiche in materia di accertamento del deficit sensibile della capacità deambulatoria. Rivista professione, Edizioni medico-scientifiche, 2011.
- [22] SCORRETTI C. La definizione medico-legale di “disabilità” ai sensi della legge 22 dicembre 2021, n. 227, *Rivista Italiana di Medicina Legale* 2/2022.
- [23] ARGO A, ZERBO S, SCALICI E, PROCACCIANTI P. Gli strumenti di valutazione delle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell’età nel minore. DIFESA SOCIALE, 2010.
- [24] ARGO A, AVATO FM, BOLINO G, CASTELLANI GL, CINGOLANI M, DE PALMA A, DI MAURO L, FEDELI P, INGRAVALLO F, SCORRETTI C. Aspetti valutativi nella prospettiva della legge 227/21, Position Paper della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), 2023.
- [25] COMLAS, Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie. Proposta COMLAS per la definizione della valutazione di base legge 227/2021, accertamento della condizione di disabilità e di revisione dei suoi processi valutativi di base. Il ruolo della medicina legale del SSN, 2023.



RIVISTA ITALIANA DI  
**MEDICINA LEGALE**  
E DEL DIRITTO IN CAMPO SANITARIO

ITALIAN REVIEW OF  
**LEGAL MEDICINE**  
AND LAW IN HEALTHCARE AREA

03  
2023

RIVISTA ITALIANA DI **MEDICINA LEGALE** E DEL DIRITTO IN CAMPO SANITARIO

RIVISTA ITALIANA DI  
**MEDICINA LEGALE**  
E DEL DIRITTO IN CAMPO SANITARIO

ITALIAN REVIEW OF  
**LEGAL MEDICINE**  
AND LAW IN HEALTHCARE AREA

diretta da Fabio Buzzi e Francesco Centonze

Rivista pubblicata con il patrocinio della Società italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni e con la collaborazione di ASGP - Alta Scuola "Federico Stella" sulla Giustizia Penale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e del Laboratorio Interdisciplinare Diritti e Regole della Scuola Superiore Sant'Anna

03/2023

WWW.SHOP.GIUFFRE.IT

Anno XLV - Trimestrale - luglio/settembre 2023 - ISSN 2499-2860 - Postelitalianes.p.a. Spedizione in a.p. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, DCB (VARESE)

#### FOCUS: **MEDICINA LEGALE E DISABILITÀ**

**LA LEGGE 227 DEL 22 DICEMBRE 2021 E LA RIFORMA DELLA LEGISLAZIONE IN CONFORMITÀ CON LA CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (CRPD): LA PROPOSTA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE ACCREDITATE COMLAS E SIMLA IN MATERIA DI VALUTAZIONE DI BASE DELLA DISABILITÀ**

**RISARCIMENTO DEL DANNO PARENTALE, TRA PARITÀ DI TRATTAMENTO E SPECIFICITÀ DEL CASO CONCRETO: SPUNTI COMPARATIVI PER UNA POSSIBILE RAZIONALIZZAZIONE**



21102013



**GIUFFRÈ**  
GIUFFRÈ FRANCIS LEFEBVRE

## DIREZIONE – EDITORS IN CHIEF

Fabio Buzzi - Francesco Centonze

## SEGRETERIA DI DIREZIONE - SCIENTIFIC SECRETARIAT

Diritto Penale - Penal Law

Marina Di Lello Finuoli

Diritto Civile - Civil Law

Denise Amram

Scienze Forensi - Forensic Sciences

Matteo Moretti

## COMITATO SCIENTIFICO (SCIENZE FORENSI) - EDITORIAL BOARD (FORENSIC SCIENCES)

Roberto Andorno – Zurigo, CH

Anna Aprile – Padova, IT

Mauro Bacci – Perugia, IT

Elisabetta Bertol – Firenze, IT

Federica Bortolotti – Verona, IT

Claudio Buccelli – Napoli, IT

Roger Byard - Adelaide, AU

Roberto Cameriere – Macerata, IT

Carlo Pietro Campobasso – Caserta, IT

Roberto Catanesi – Bari, IT

Cristina Cattaneo – Milano, IT

Mariano Cingolani – Macerata, IT

Claudio Crinò – Messina, IT

Ernesto D'Aloja – Cagliari, IT

Domenico De Leo – Verona, IT

Francesco De Stefano – Genova, IT

Natale Mario di Luca – Roma, IT

Donata Favretto – Padova, IT

Vittorio Fineschi – Roma, IT

Paola Frati – Roma, IT

Francesco Introna – Bari, IT

Burkard Madea – Bonn, DE

Aurelio Maldonado – Murcia, ES

Patrice Mangin – Losanna, CH

Manolis Michalodimitrakis – Creta, EL

Gian Aristide Norelli – Firenze, IT

Vincenzo Pascali – Roma, IT

Susi Pelotti – Bologna, IT

Vilma Pinchi – Firenze, IT

Ascanio Sirignano – Camerino, IT

Antonio Spagnolo – Roma, IT

Adriano Tagliabracci – Ancona, IT

Franco Tagliaro – Verona, IT

Emanuela Turillazzi – Foggia, IT

Peter Vanezis – Londra, UK

Alfredo Verde – Genova, IT

Duarte Nuno Vieira – Coimbra, PT

## COMITATO SCIENTIFICO (SCIENZE GIURIDICHE) – EDITORIAL BOARD (JURIDICAL SCIENCES)

Ercole Aprile

Marta Bertolino

Stefano Canestrari

Matteo Caputo

Giovanni Comandè

Francesco D'Alessandro

Giovannangelo De Francesco

Luciano Eusebi

Vittorio Manes

Antonio Vallini

Gianluca Varraso

## REDAZIONE GIURIDICA – JURIDICAL EDITORIAL STAFF

Davide Amato

Pierpaolo Astorina Marino

Angela Carella

Alain Maria Dell'Osso

Lara Ferla

Maria Francesca Fontanella

Irene Gasparini

Eliana Greco

Caterina Iagnemma

Marta Lamanuzzi

Francesco Mazzacuva

Mattia Miglio

Carlo Novik

Alessandro Provera

Luisa Romano

Annamaria Salerno

Fabio Gino Seregini

Stefania Tunesi

Benedetta Venturato

Arianna Visconti

## SENIOR CONSULTANTS

Angelo Fiori

Gabrio Forti

## DIRETTIVO SIMLA – SIMLA BOARD OF GOVERNORS

La rivista è organo ufficiale della Società Italiana di Medicina Legale (SIMLA)

The Journal is the official publication of the Italian Society of Legal Medicine (SIMLA)

Francesco Introna (Presidente)

Franco Marozzi (Vicepresidente)

Lucio Di Mauro (Segretario)

Fabio Fenato (Tesoriere)

Giorgio Bolino

Carlo Campobasso

Cristina Cattaneo

Rossana Cecchi

Ernesto D'aloja

Raffaele Giorgetti

Luigi Mastroberoberto

Enrico Pedoja

## DISPONIBILE SU – AVAILABLE ON

www.iusexplorer.it/Rivista/Riv\_Ilt\_di\_Medicina\_Legale

La Direzione e Redazione della Rivista sono presso la Casa Editrice Giuffrè Francis Lefebvre S.p.A., Via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano

Per contattare i direttori della Rivista utilizzare la mail della Segreteria di Direzione: riv.it.med.leg.segr@giuffrefl.it

L'Amministrazione è presso la Casa Editrice Giuffrè Francis Lefebvre S.p.A., Via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano

tel. 02 380891 - fax 02 38089432 - internet: www.giuffrèfrancislefebvre.it - e-mail: vendite@giuffrefl.it

## PUBBLICITÀ

Giuffrè Francis Lefebvre S.p.A. - Servizio Pubblicità: via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano - tel. 02 38089380

fax 02 38089426 - e-mail: periodici@giuffrefl.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Veronica Squizzato

Registrazione presso il Tribunale di Milano al n. 359 del 13 ottobre 1978

R.O.C. n. 6569 (già RNS n. 23 vol. 1 foglio 177 del 2/7/1982)



L'abbonamento alla rivista cartacea decorre dal 1° gennaio di ogni anno e dà diritto a tutti i numeri relativi all'annata, compresi quelli già pubblicati.

Il pagamento può effettuarsi direttamente all'Editore:

» con versamento sul c.c.p. 721209, indicando chiaramente gli estremi dell'abbonamento;

» a **ricevimento fattura** (riservata ad enti e società);

» acquisto on-line tramite sito "shop.giuffre.it";

» tramite gli **Agenti Giuffrè** a ciò autorizzati (cfr. <https://shop.giuffre.it/agenti>).

Al fine di assicurare la continuità nell'invio dei fascicoli, gli abbonamenti si intendono rinnovati per l'anno successivo, se non disdettati - con apposita segnalazione - entro la scadenza.

Il rinnovo dell'abbonamento deve essere effettuato entro il 31 marzo di ciascun anno.

I fascicoli non pervenuti all'abbonato devono essere reclamati al ricevimento del fascicolo successivo. Decorso tale termine si spediscono, se disponibili, contro rimessa dell'importo.

Le comunicazioni in merito a mutamenti di indirizzo vanno indirizzate all'Editore.

Per ogni effetto l'abbonato elegge domicilio presso Giuffrè Francis Lefebvre S.p.A. - via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano.

## CONDIZIONI DI ABBONAMENTO PER IL 2023

Unione Europea € 175,00

Paesi extra Unione Europea € 255,00

Prezzo di un singolo numero € 45,00

(extra U.E. € 65,00)

Sconto 50% per i soci SIMLA

Sconto 50% per i soci FAML

Le annate arretrate a fascicoli, dal 2015 fino al 2022, sono disponibili fino ad esaurimento scorte.

In caso di sottoscrizione contemporanea a due o più riviste cartacee tra quelle qui di seguito indicate sconto 10% sulla quota di abbonamento:

Cassazione Penale - rivista mensile di giurisprudenza

U.E. € 295,00

Paesi extra UE. € 441,00

Rivista italiana di diritto e procedura penale

U.E. € 175,00

Paesi extra UE. € 250,00

Rivista italiana di medicina legale

U.E. € 175,00

Paesi extra UE. € 255,00

Gli sconti non sono cumulabili.

## RIVISTA ON-LINE ALL'INTERNO DI "BIBLIOTECA RIVISTE" DAL 1979

U.E. € 135,00\*

\*IVA esclusa

La rivista on-line riproduce, in pdf, i contenuti di ogni fascicolo dall'anno indicato fino all'ultimo numero in pubblicazione.

La sottoscrizione dell'abbonamento garantisce un accesso di 365 giorni dalla data di sottoscrizione.

In seguito alla sottoscrizione sarà inviata all'abbonato una password di accesso.

Il sistema on-line Biblioteca Riviste permette la consultazione dei fascicoli attraverso ricerche:

» full text

» per estremi di pubblicazione (numero e anno fascicolo)

» per data

I contributi pubblicati in questa Rivista potranno essere riprodotti dall'Editore su altre, proprie pubblicazioni, in qualunque forma.

Publicità inferiore al 45%

Stampato da Galli Edizioni S.r.l. - Varese