

# ***Evoluzione concettuale dell' handicap: la legge n. 104/1992 verso una futura applicazione***

Cembrani Fabio, Direttore della Unità Operativa di Medicina Legale dell' Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

## ***1. Premessa***

Nonostante sia oramai trascorso più di un decennio dall' approvazione della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (*“Legge-quadro per l' assistenza, l' integrazione sociale ed i diritti delle persona handicappate”*) il groviglio che metaforicamente identifica l' evoluzione concettuale dell' handicap non è stato ancora completamente dipanato perché molti sono ancora i problemi di natura interpretativa che esistono nel definire –caratterizzandola– questa recente categoria del danno alla persona e, più in particolare, l' handicap in situazione (con connotazione) di gravità.

L' elaborazione dottrinale, abbastanza vivace negli anni immediatamente successivi all' emanazione della norma (fino al Convegno nazionale di Roccaraso del 1995) e che si è successivamente concentrata su tematiche del tutto particolari quali quella del collocamento al lavoro della persona disabile, risulta lo specchio riflettente delle difficoltà esistenti che sono, a ben vedere, il prodotto di alcuni rigidi stereotipi culturali che ostacolano il percorso coraggiosamente indicato dal Legislatore nel 1992; difficoltà che è bene provare a (ri)-conoscere nel tentativo di evidenziarne le cause, dis-ambiguando le criticità ed i luoghi comuni che, spesso, ancor' oggi, si osservano nella prassi.

Un esempio per tutti servirà a chiarire meglio il mio pensiero.

Lo traggo da un' esperienza formativa cui ho recentemente partecipato, realizzata a Vicenza il 2 e 3 dicembre del 2005; un' esperienza formativa di tutto rispetto non solo per gli argomenti trattati ma soprattutto perché, nello specifico, il Corso di formazione, patrocinato dalla Direzione Generale per la Prevenzione della Regione Veneto, era destinato ai medici ed agli operatori sociali delle numerose Commissioni Invalidi civili delle UU.SS.LL della stessa Regione nel dichiarato obiettivo di garantire i diritti delle persone con disabilità, omogeneizzando ed uniformando le modalità dell' intervento. In questo Corso di formazione si prevedeva, tra l' altro, una specifica sessione di lavoro orientata ad individuare le linee-guida per la valutazione delle patologie cardiache e di quelle vascolari con riferimento sia all' istituto giuridico dell' invalidità civile che a quello dell' handicap. In quell' occasione, la proposta valutativa per le patologie cardiache, elaborata da un Collega medico legale presidente di una Commissione medica di verifica, è stata così prospettata (Tabella n. 1).

Tabella n. 1: proposta di linee-guida per la valutazione medico-legale delle patologie cardiache presentata in occasione del Corso di formazione organizzato a Vicenza il 2-3 dicembre 2005

	<b><i>Danno</i></b>	<b><i>% invalidità</i></b>	<b><i>Handicap</i></b>
<b>Classe NYHA I</b>		<b>≤ 10</b>	<b>ASSENTE</b>
	<b>Lieve</b>	<b>Da 10 a 33 %</b>	<b>LIEVE</b>

	<b>Lieve-medio</b>		<b>(comma 1)</b>
<b>Classe NYHA II</b>	<b>Medio</b>	<b>Da 41 a 50 %</b>	
	<b>Medio-grave</b>	<b>Da 67 a 73 %</b>	
<b>Classe NYHA III</b>	<b>Grave</b>	<b>Da 74 a 99 %</b>	<b>GRAVE (comma 3)</b>
<b>Classe NYHA IV</b>	<b>Gravissimo</b>	<b>100% Non autosufficiente</b>	

Questa metodologia valutativa, semplice ed apparentemente logica, è orientata all'inquadramento della cardiopatia in una delle 4 classi funzionali NYHA ad ognuna delle quali corrisponde un danno funzionale (individuato in 6 classi: "lieve", "lieve-medio", "medio", "medio-grave", "grave" e "gravissimo") che, a sua volta, definisce l' *impairment* lavorativo medico-legalmente valutato nel rispetto di quanto previsto dal Decreto ministeriale 5 febbraio 1992 e la tipologia dell' handicap; quest' ultima, in particolare, è direttamente proporzionale, secondo la proposta formulata dal Collega, all' *impairment* lavorativo di cui rappresenta, per così dire, un risultato del tutto consequenziale, con un cascame pre-definito.

Si diceva dell' elaborazione dottrinale che è lo specchio riflettente dei luoghi comuni che esistono ancora nella prassi e di cui la proposta valutativa, testè riportata, è una efficace testimonianza.

Scorretti (1993) <sup>1</sup> ha, per primo, evidenziato che *"... la valutazione dell' handicap è un processo che non può equipararsi ... a precedenti modalità valutative [in particolare alla valutazione prevista in ambito di invalidità civile dove si considera essenzialmente l' entità della menomazione intesa tradizionalmente come riduzione delle capacità lavorative sia pure tenendo conto delle occupazioni confacenti alle attitudini dell' assistito]"*, pur osservando che la Legge n. 104/1992 non fornisce alcun riferimento esplicito per definire l' handicap in situazione di gravità ed affermando, contestualmente, che tale definizione trova *"... concetti ed espressioni più o meno simili in altre disposizioni assistenziali vigenti"*. Egli, nel tentativo di esplicitare tale similarità, rileva, almeno per alcune categorie di soggetti, l' esistenza di una piena analogia tra la condizione di portatore di handicap e la condizione di invalido civile: esiste, scrive testualmente l' Autore, *"... corrispondenza tra le condizioni previste per il riconoscimento dell' invalidità civile nei minori e negli ultrasessantacinquenni –per quanto sinteticamente riassunto nell' espressione "difficoltà persistenti"- e quanto espresso nell' art. 3 c. 1 della legge 104, laddove si esplicita cosa si intende per handicap –"minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che causa difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione"-, soprattutto se si considera come entrambi i giudizi si imperniano nella messa in luce delle "difficoltà" derivanti da una determinata "minorazione" o condizione menomante"*. Corrispondenza che porterebbe, a fortiori, a far corrispondere *"... quanto indicato nell' art. 3, c. 3, dove si definisce l' handicap in situazione di gravità –inteso come "riduzione dell' autonomia personale correlata all' età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale ed in quella di relazione"- con i requisiti previsti per l' indennità di*

<sup>1</sup> Scorretti C., (in) *Aspetti medico legali della "Legge quadro" per l' assistenza, l' integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate*, Difesa Sociale, suppl. al n. 5, 1993.

*accompagnamento, laddove si prevede l'impossibilità alla deambulazione autonoma o al compimento degli atti quotidiani della vita".*

Norelli (1993) <sup>2</sup> ha, a sua volta, discusso le relazioni tra l'handicap ed il danno alla salute pervenendo alla conclusione che tra le due categorie il raccordo concettuale è del tutto intuitivo se si considera che il danno alla salute è la *"... complessa sintesi, come l'handicap, di riflessi negativi della menomazione, in vari ambiti esistenziali, sociali ed anche occupazionali"*. L'Autore, evidenziando che *"... alla base di ogni sintesi valutativa ... è la stima della menomazione"* orientata a *"... valutare la conseguenza delle infermità in termini di riduzione dell'integrità fisica, psichica e sensoriale di un soggetto e prima di considerarne i riflessi patrimoniali e non patrimoniali che ne sono la conseguenza"*, individua nelle Tabelle di cui al Decreto ministeriale 5 febbraio 1992 il *"... modello di valutazione del danno base, cioè del danno biologico utilizzabile per approdare alla sintesi più complessa della valutazione dell'invalidità e dell'handicap"*.

Questa posizione, che identifica l'handicap nel *"... riflesso negativo della menomazione sotto diversi profili, di cui quello occupazionale rappresenta un aspetto e forse neppure il più significativo"*, è stata ulteriormente sviluppata, negli anni successivi, da altri Autori nel tentativo, esplicito, di caratterizzare – connotandolo e denotandolo - l'handicap in situazione di gravità.

Zangani (1994) <sup>3</sup>, nell'interpretare quanto previsto dall'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, rileva che *"... la persona con handicap in situazione di gravità è sovente in qualche misura assimilabile non soltanto all'invalido totale (cioè al 100 per cento) ma, altresì, che necessita di assistenza personale continuativa, per l'incapacità assoluta a deambulare senza l'aiuto permanente di altra persona, ovvero a svolgere gli atti quotidiani della vita"*. Secondo l'Autore *"... si deve trattare delle patologie più gravi e severe, tali da comportare difficoltà rilevanti alle tre categorie di attività tutelate dalla legge (cioè, l'apprendimento, la vita di relazione e l'integrazione lavorativa) e/o tali da impedire o da rendere problematiche e difficoltose le funzioni elementari della vita, ossia l'autonomia personale negli spostamenti intramurali o negli spostamenti extramurali, la cura della persona o perfino il controllo degli sfinteri ... situazioni in cui il paziente ha bisogno continuo del terzo, con necessità dell'ausilio permanente, per la grave compromissione dell'autonomia personale medesima e per le gravi difficoltà che incontra in molte attività e funzioni della vita vegetativa e di relazione"*; a titolo di esempio Zangani, utilizzando la casistica dell'Unità Sanitaria Locale n. 45 del Comune di Napoli, rileva che costituiscono motivo di riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità gli *"... esiti delle gravi encefalopatie perinatali, di diversa origine"* e le *"... gravi affezioni dell'asse cerebro-spinale, insorte prima della nascita, alla nascita o nei primi tempi dell'età evolutiva"*.

Sulla stessa linea interpretativa si pongono anche altri Commentatori, anche se con qualche ulteriore specificità.

Belloni e De Zorzi (1997) <sup>4</sup>, nell'evidenziare i *"... cospicui riflessi economici a carico dell'INPS"* che derivano dalla concessione delle agevolazioni previste dall'art. 33 della Legge-quadro, evidenziano che la *"... chiave di lettura"* dell'handicap in situazione di gravità deve essere *"... ricercata nella tutela dello svantaggio sociale secondario alla*

---

<sup>2</sup> Norelli G.A., (in) *Aspetti medico legali della "Legge quadro" per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate*, Difesa Sociale, suppl. al n. 5, 1993.

<sup>3</sup> Zangani P., *Aspetti medico-legali della legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate*, Rassegna di Medicina Legale Previdenziale, VII, 2, 1994.

<sup>4</sup> Belloni M. e De Zorzi L., *Handicap in situazione di gravità. Soggetti e oggetti di diritti ai sensi dell'articolo 33 della Legge 104/92*, Rassegna di Medicina Legale Previdenziale, X, 3, 1997.

*menomazione*” che è causa della perdita dell’ autonomia individuale oppure relazionale, ritenendo che “... *la menomazione –che a causa della perdita dell’ autonomia individuale oppure relazionale supporta la necessità di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale- deve sostanziarsi d’ obbligo come di elevata gravità, dal momento che non sarebbero ipotizzabili altre fattispecie implicanti la contemporanea presenza di tutti e tre gli elementi costitutivi dell’ intervento assistenziale*”. Gli Autori formulano, dunque, una tesi interpretativa dell’ handicap in situazione di gravità (che connotano di una “*ambiguità apparente*”) orientata a far transitare il termine gravità “... *da attributo della situazione a qualificazione della minorazione che –della situazione- è causa e presupposto*”, nel tentativo di non “... *ipertrofizzare, anche tramite deprecabili eccessi, il mero disagio ambientale*”. Essi propongono la seguente chiave di lettura che identifica, metodologicamente, la seguente “... *progressione di logica valutativa: la patologia di per sé deve essere talmente grave da determinare una tangibile limitazione della vita autonoma o di relazione; la si deve, successivamente, confrontare, con le condizioni dello specifico ambiente sociale; definita la situazione, ci si esprime riconoscendo o meno la gravità dell’ handicap*”.

Più recentemente (2001), nel Seminario di Studio organizzato a San Benedetto del Tronto sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi sono state acutamente colte, da Rodriguez e Cingolani, le intrinseche difficoltà che si incontrano quando si cerca di attualizzare il processo di svantaggio sociale connesso alle menomazioni in una prospettiva multi-dimensionale, lungo l’ asse delle coordinate suggerito dall’ Organizzazione mondiale della sanità ancora nel lontano 1980 <sup>5</sup>.

Cingolani <sup>6</sup> ha, in tale sede, magistralmente evidenziato:

- a) l’ intrinseca difficoltà di definire in che cosa consista la “*gravità*” dell’ handicap, qualificato (art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992) nella necessità di un “*intervento assistenziale permanente, continuativo e globale, nella sfera individuale o in quella di relazione*”, a sua volta correlato alla “*riduzione della autonomia personale*”;
- b) l’ innegabile ruolo che esercita il contesto (e la variabilità) sociale in cui la persona effettivamente vive nel rendere concreti (attualizzandoli) gli effetti delle menomazioni e delle relative disabilità;
- c) l’ utilità di utilizzare, nella valutazione dell’ handicap, scale (griglie) di valutazione multi-dimensionale in grado di identificare i bisogni della persona, senza tuttavia riconoscere a tale scale il valore taumaturgico del “... *si o del no sempre e comunque*”;
- d) l’ assoluta indifferibilità di introdurre, nella valutazione dell’ handicap, strumenti di lavoro condivisi in modo tale da far parlare, tutti i professionisti del mondo sanitario e del mondo sociale, con lo stesso linguaggio, premessa indispensabile per consentire alla rete dei servizi di inter-agire –sinergicamente- nell’ integrazione della persona handicappata nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

---

<sup>5</sup> Organizzazione mondiale della sanità, *Classificazione internazionale delle menomazione, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali*, Centro italiano per l’ Educazione Sanitaria, Grafiche Pavoniane Artigianelli, Milano, 1980.

<sup>6</sup> Cingolani M., *Handicap in situazione di gravità. Quale definizione*, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche –Assessorato ai Servizi Sociali, 2002.

Questa posizione è stata ripetutamente condivisa da chi scrive in alcuni interventi <sup>7</sup> nei quali, anche attraverso l'analisi dei determinanti linguistici della parola *handicap* e dell'aggettivo qualificativo *grave*, è stata prospettata la metodologia di valutazione dell'*handicap* coerente con i principi generali della Legge-quadro (art. 2) <sup>8</sup>: una metodologia necessariamente personalizzata che deve saper cogliere i rapporti tra la malattia, la menomazione, la disabilità e l'*handicap* (tra la situazione *intrinseca* e quella *socializzata*) e definire, concretamente, le relazioni (e la coerenza) tra il beneficio/agevolazione assistenziale erogati e le finalità della Legge-quadro che la medesima, all'art. 1 <sup>9</sup>, individua nella promozione della piena integrazione della persona handicappata nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società (lettera a), nel raggiungimento della massima autonomia possibile (lettera b), nel recupero funzionale e sociale della persona (lettera c) e nel superamento, infine, degli stati di emarginazione (lettera d).

Volendo sinteticamente riassumere il dibattito che si è gradualmente sviluppato, nel corso degli anni, per esplicitare in che cosa consiste l'*handicap* (specie di quello in

---

<sup>7</sup> Si veda al riguardo: 1. Cembrani F., *Handicap in situazione di gravità. Quale definizione*, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche –Assessorato ai Servizi Sociali, 2002. 2. Cembrani F., Larentis C., Merz F., Gottardi S., *L'anagrafe dell'handicap nella Provincia autonoma di Trento: il bilancio dell'attività della Commissione Sanitaria prevista dall'art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 194 a dieci anni dalla approvazione della Legge quadro sull'handicap*, Difesa Sociale, 3, 2003, p. 113. 3. Cembrani F., *L'handicap in situazione (con connotazione) di gravità: quale chiave di lettura per la definizione*, Iura Medica, 3, 2003, p. 519. 4. Cembrani F., *Esegesi e limiti del concetto di handicap in situazione di gravità*, in Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Edizioni Essebienne, Noceto (Parma), 2005. 5. Cembrani F., cfr. voce *Invalidità* e voce *Handicap in situazione (con connotazione) di gravità*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci Faber Edizioni, 2004. 6. Cembrani F. (a cura di), *Disabilità e libertà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erickson Editore, Trento, 2005.

<sup>8</sup> Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (art. 2- Principi generali).

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

<sup>9</sup> Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (art. 1- Finalità)

*“La Repubblica:*

- a) *garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;*
- b) *previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata nella vita collettiva, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;*
- c) *persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;*
- d) *predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione della persona handicappata”.*

situazione di gravità) dobbiamo, dunque, dar atto di come per la maggior parte dei Commentatori:

1. tale situazione fattuale, ancorché nuova, trova concetti ed espressioni “... *più o meno simili in altre disposizioni assistenziali vigenti*” al punto che qualcuno ha suggerito di utilizzare, nella fase valutativa dell’ handicap, le Tabelle approvate con Decreto ministeriale 5 febbraio 1992;
2. questa similitudine è stata riconosciuta sul dato di fatto che le “*difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa*” citate dall’ art. 3, comma 1, della Legge n. 104/1992 sarebbero analoghe a quelle considerate dall’ art. 1 della Legge 11 ottobre 1990, n. 289 <sup>10</sup>nonché dall’ art. 6 del Decreto legislativo n. 508/1988 che, modificando l’ art. 2 della Legge n. 118/1971, considera “... *mutilati ed invalidi civili i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’ età*”;
3. le Tabelle di cui al Decreto ministeriale 5 febbraio 1992 definiscono il “... *modello di valutazione del danno base, cioè del danno biologico utilizzabile per approdare alla sintesi più complessa della valutazione dell’ invalidità e dell’ handicap*”;
4. la parola “*gravità*”, per evitare l’ ipertrofizzazione del “... *mero disagio ambientale*”, non è da intendere come attributo della situazione ma bensì come qualificazione della minorazione “... *che della situazione è causa e presupposto*”;
5. le menomazioni che legittimano il riconoscimento dell’ handicap in situazione di gravità devono essere *gravi e severe*, tali “... *da impedire o da rendere problematiche e difficoltose le funzioni elementari della vita, ossia l’ autonomia personale negli spostamenti intramurali o negli spostamenti extramurali, la cura della persona o perfino il controllo degli sfinteri ... situazioni in cui il paziente ha bisogno continuo del terzo*”;
6. l’ handicap in situazione di gravità è assimilabile all’ inabilità lavorativa;
7. esiste, ancora, una piena corrispondenza tra l’ handicap in situazione di gravità e quanto la legislazione vigente prevede per il riconoscimento, a favore degli invalidi civili, dell’ indennità di accompagnamento.

Questa situazione, abbastanza strutturata e condivisa da molti di noi, è rimasta tale fino al 2001, anno in cui, all’ interno del Seminario di studio di S. Benedetto del Tronto sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, si è realizzata, per merito di Mariano Cingolani, quella svolta interpretativa poc’ anzi ricordata che ha profondamente mutato l’ approccio valutativo e lo scenario entro il quale i Servizi di Medicina Legale del Servizio sanitario nazionale devono sapersi responsabilmente collocare.

C’ è da chiedersi, evidentemente, quali siano state le ragioni di una siffatta impostazione interpretativa e quali siano ancora i motivi che fanno perdurare una prassi poco incline ad abbandonare l’ anacronistico modello valutativo che confonde l’ handicap

---

<sup>10</sup> “*Ai mutilati ed invalidi civili minori di anni 18, in cui siano state riconosciute dalle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra o di invalidità civile difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età ... è concessa ... una indennità mensile ...*”.

con l' *impairment* lavorativo, identificando le due situazioni che legittimano l' indennità di accompagnamento (l' impossibilità di deambulare senza l' aiuto permanente di un accompagnatore e/o la necessità dell' assistenza continua per le persone non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita) con l' *intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione* dell' handicap in situazione di gravità.

A me sembra che le ragioni di ciò siano molteplici e che le stesse meritino di essere attentamente analizzate per individuarne le cause profonde (ed i condizionamenti diretti e/o indiretti) che, corto-circuitando quanto di buono è stato previsto dal Legislatore nel 1992, hanno finito con il legittimare una prassi incoerente con le previsioni della Leggequadro e, soprattutto, con le finalità (art. 1) ed i principi generali (art. 2) fissati dalla norma.

## **2- Il caos (l' "ircocervo") legislativo**

La prima causa che sostiene l' accennata impostazione interpretativa è certamente da ricondurre ad una legislazione assistenziale del tutto caotica che, molto acutamente <sup>11</sup>, è stata assimilata ad un ircocervo, un animale fantasioso, metà caprone e metà cervo, e perciò inverosimile chimera; e questo non solo "... grazie all' infaticabile opera di legulei sempre pronti a forgiare un ulteriore selva oscura di leggi, regolamenti, decreti di riordino, interpretazioni autentiche, circolari esplicative" ma anche per l' inerzia dei Governi che non hanno saputo –o voluto– portare a compimento la volontà espressa dal nostro Parlamento.

E ciò è, purtroppo, accaduto in più occasioni.

La Legge 8 agosto 1995, n. 335 ("*Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare*") ha fornito la delega al Governo di emanare, entro 12 mesi dalla sua entrata in vigore, norme volte a (ri)-ordinare il sistema delle prestazioni previdenziali ed assistenziali di invalidità e di inabilità indicando, contestualmente, i principi generali che avrebbero dovuto regolare l' auspicata (ri)-definizione del *welfare* italiano (art. 3, lettera a) <sup>12</sup>: tra questi, quello di armonizzare i requisiti medico-sanitari ed i relativi criteri di riconoscimento con riferimento alla definizione di persona handicappata introdotta dalla

---

<sup>11</sup> Bolino G., *L' ircocervo previdenziale e assistenziale*, Rivista italiana di medicina legale, 1, 1997, p. 39.

<sup>12</sup> "Il Governo della Repubblica è tenuto ad emanare uno o più decreti, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, recanti norme volte a riordinare il sistema delle prestazioni previdenziali e assistenziali di invalidità ed inabilità. Tali norme dovranno ispirarsi ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) armonizzazione dei requisiti medico-sanitari e dei relativi criteri di riconoscimento con riferimento alla definizione di persona handicappata introdotta dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- b) armonizzazione dei procedimenti di erogazione e di revisione delle prestazioni, fermo comunque rimanendo per il settore della invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo il principio della separazione tra la fase dell' accertamento sanitario e quella della concessione dei benefici economici ...;
- c) graduazione degli interventi in rapporto alla specificità delle differenti tutele con riferimento anche alla disciplina delle incompatibilità e delle cumulabilità delle diverse prestazioni previdenziali e assistenziali;
- d) potenziamento dell' azione di verifica e di controllo sulle diverse forme di tutela previdenziale e assistenziale ...".

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 <sup>13</sup>. Questa previsione, ampiamente sollecitata dalla nostra disciplina che, in più occasioni, ha saputo cogliere le contraddizioni e le diseguità del nostro sistema di protezione sociale ancor oggi ancorato ad una rigida tassonomia che frammenta la disabilità in relazione ai determinanti etio-patogenetici produttivi della medesima, è rimasta lettera morta; mentre altre parti della riforma pensionistica sono state realizzate dal Governo nel rispetto dei tempi previsti, il principio -del tutto innovativo- introdotto dall' art. 3, punto 3, della Legge n. 335 non è stato, infatti, nemmeno abbozzato per ragioni di ordine diverso che sono state ricondotte alle resistenze degli istituti previdenziali (dell' INAIL in particolare) <sup>14</sup>.

Una situazione del tutto analoga è avvenuto per quanto indicato dall' art. 24 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 (*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*).

Anche questo articolo forniva la delega al Governo ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge medesima, un decreto legislativo per il riordino delle prestazioni economiche (assegni ed indennità) previste a favore degli invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti nel rispetto della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, individuando, a sua volta, i seguenti *"... principi e criteri direttivi:*

- a) *riclassificazione delle indennità e degli assegni sulla base delle ... funzioni a cui gli emolumenti assolvono, come misure di contrazione della povertà o come incentivi per la rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali dei portatori di handicap, per la valorizzazione delle capacità funzionali del disabile e della sua potenziale autonomia psico-fisica, prevedendo le seguenti forme di sostegno economico:*
  1. *reddito minimo per la disabilità totale a cui fare afferire pensioni ed assegni che hanno funzione di integrare, a seconda della minorazione, la mancata produzione di reddito ...;*
  2. *reddito minimo per la disabilità parziale, a cui fare afferire indennità ed assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l' accesso ai contratti di formazione e lavoro .... ed a borse di lavoro ... da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell' inserimento definitivo;*
  3. *indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione, commisurata alla gravità, nonché per consentire assistenza e sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell' autonomia. A tale indennità afferiscono gli emolumenti concessi, alla data di entrata in vigore della presente legge, per gravi disabilità, totale non autosufficienza e non deambulazione, con lo scopo di rimuovere l' esclusione sociale, favorire la comunicazione e la permanenza delle persone con disabilità grave e totale a domicilio, anche in presenza di spese personali aggiuntive. L' indennità può essere concessa secondo le seguenti modalità tra loro non cumulabili:*
    - 3.1) *indennità per l' autonomia di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;*
    - 3.2) *indennità di cura e di assistenza per ultra-65enni totalmente dipendenti;*

---

<sup>13</sup> Scorretti C., *Il cambiamento in atto nello stato assistenziale*, Rivista italiana di medicina legale, 21, 3, 1999, p. 815.

<sup>14</sup> Rossi F. P., *I principi informativi del concetto di invalidità tra equità ed efficacia*, Rivista degli Infortuni e delle Malattie professionali, 1, 1998, p. 19.



- b) *cumulabilità dell' indennità di cura e di assistenza di cui alla lettera a), numero 3.2), con il reddito minimo di inserimento di cui all' articolo 23;*
- c) *... (omissis) ...;*
- g) *riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali ... prevedendo l' utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l' assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50% del reddito minimo di inserimento di cui all' articolo 23, a diretto beneficio dell' assistito;*
- h) *revisione e snellimento delle procedure relative all' accertamento dell' invalidità civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l' istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall' articolo 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché della Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed handicap - ... (ICIDH)-, adottata dall' Organizzazione mondiale della sanità; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi ... ”.*

Non è certo questa la sede per entrare nel dettaglio delle diverse indicazioni che, se in parte ancora caotiche (il riferimento è ancora a categorie di persone diverse, fantasiosamente individuate nei *disabili gravi*, nei *pluri-minorati*, negli *ultra-65enni totalmente dipendenti* e nei *disabili totali non autosufficienti*) e poco felici (si prevede ancora l' erogazione di prestazioni economiche –più opportunamente di *indennità*- al solo titolo della minorazione anche se circoscritta ai *disabili gravi* ed ai *pluri-minorati*)<sup>15</sup>, hanno certamente avuto il merito di porre ancora una volta sul tappeto la questione della revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni economiche previste a favore degli invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti che avrebbe dovuto avvenire, con una previsione probabilmente meno felice rispetto a quella formulata nel 1995, *tenuto conto* di quanto previsto dall' art. 4 della Legge n. 104/1992 e del sistema di classificazione dei disturbi, della disabilità e dell' handicap all' epoca adottato a livello internazionale.

Questione che è rimasta però del tutto irrisolta per ragioni che, ancorché non dichiarate, sono intuitivamente legate all' impatto che tale riforma del nostro sistema di sicurezza sociale avrebbe avuto sulla finanza pubblica.

L' ampia delega che, in tempi diversi e ripetutamente, il Parlamento ha fornito al Governo per il (ri)-ordine del nostro sistema di protezione sociale non è stata –dunque- portata a compimento e, come è spesso accaduto nella storia del nostro Paese, è stata recentemente ipotizzata una strada alternativa per la soluzione della questione rimasta a tutt' oggi aperta, secondo la logica bizzarra della *devolution*, spostando il problema su altri soggetti istituzionali (nello specifico, le amministrazioni regionali). Ne è esplicita riprova la Legge 9 marzo 2006, n. 80 (*“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione”*): questa legge, all' art. 6, demanda alle Regioni l' adozione delle *“... disposizioni dirette a semplificare ed unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all' articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'*

<sup>15</sup> 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*, Erickson Editore, Trento, 2005.

*invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l' accertamento dell' handicap e dell' handicap grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale”.*

Nell' incapacità di (ri)-ordinare, a livello centrale, l' attuale sistema di protezione sociale si è dunque deciso di passare il testimone alle singole amministrazioni regionali (non alle Province autonome) che dovrebbero –non sappiamo, però, con quali strumenti– risolvere i problemi creati dall' irrocervo previdenziale ed assistenziale; un animale fantasioso che è il frutto di una produzione normativa vastissima ma sprovvista di un chiaro quadro di riferimento e nella quale non si coglie una vera volontà di rivedere – riformandola– la copertura welfaristica, ancora frammentata in un co-acervo di variabili tassonomiche definite sul piano medico-giuridico in maniera non sempre corretta, tautologica e spesso imprecisa.

### **3. Le incertezze tassonomiche della Legge n. 104/1992**

Una seconda causa che può aver contribuito a mantenere stabile nel tempo quell' impostazione interpretativa poc' anzi citata è da attribuire alle incertezze tassonomiche introdotte dalla Legge n. 104/1992 e dalle altre normative successivamente emanate nel campo dell' handicap.

Queste norme non prevedono, come potrebbe sembrare ad una prima analisi, due sole categorie di *“svantaggio sociale”* (o di *“emarginazione”*) ma, invero, le seguenti distinte categorie di danno:

1. l' handicap cosiddetto *“permanente”* (art. 3, comma 1, della legge n. 104/92), identificato nel processo di *svantaggio sociale* o di *emarginazione* conseguente ad una *minorazione fisica, psichica o sensoriale*;
2. l' handicap cosiddetto *“permanente e con invalidità superiore al 67% o con minorazioni ascritte alla categoria prima, seconda e terza della Tabella A annessa alla legge n. 648/1950”* (necessario per l' erogazione dei benefici assistenziali di cui all' art. 21 della Legge n. 104/1992 <sup>16</sup>);
3. l' handicap in situazione (con connotazione) di *“gravità”* (art. 3, comma 3 della legge 104/92), qualificato nella riduzione della autonomia personale, correlata all' età, che rende *necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e in quella di relazione*;
4. l' handicap in situazione (con connotazione) *“di particolare gravità”* (art. 39 della legge n. 104/1992, come modificato dall' art. 1 della legge n. 162/1998) che enuncia la tipologia dell' intervento previsto (il sostegno della persona ed il sostegno familiare), l' oggetto dell' intervento (la persona, appunto, con handicap di particolare gravità), le modalità dell' intervento (l' assistenza domiciliare e l' aiuto personale anche della durata di 24 ore) ed i soggetti erogatori dell' intervento assistenziale.

---

<sup>16</sup> Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (art. 21- Precedenza nell' assegnazione della sede)

*“1. La persona handicappata con un grado di invalidità permanente superiore a due terzi o con minorazioni ascritte alle categorie prima, seconda e terza della Tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648, assunta presso gli enti pubblici come vincitrice di concorso o ad altro titolo ha diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili.*

*2. i soggetti di cui al comma 1 hanno la precedenza in sede di trasferimento a domanda”.*

Data per pacifica la definizione di handicap (che rappresenta l' effetto della minorazione, fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva e della relativa disabilità produttiva del processo di emarginazione o di svantaggio sociale) e la definizione di handicap permanente con invalidità superiore al 67% o con minorazioni ascritte alla categoria prima, seconda e terza della Tabella A annessa alla legge n. 648/1950, il problema definitorio, del tutto non risolto, riguarda l'*handicap con connotazione di gravità* e l'*handicap di particolare gravità*.

Il dubbio che si pone è il seguente: l' handicap di "*particolare gravità*" rinvia alla situazione di handicap proposta dall' art. 3, comma 3, della Legge-quadro o esprime, invece, una tassonomia diversa che, nella scala valoriale proposta dal Legislatore, esprime una "*gravità*" ancora maggiore<sup>17</sup>?. Ed ancora: il livello di gravità dell' handicap ("*grave*" o "*particolarmente grave*" che sia) rispetto a che cosa deve essere determinato?

Il problema definitorio dell' handicap di "*particolare gravità*" è stato brillantemente affrontato da Rodriguez<sup>18</sup>. L' Autore, pur evidenziando che, *a fortiori*, l' handicap "*di particolare gravità*" altro non sarebbe che una definizione pleonastica rispetto a quella di cui all' art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, evidenzia che la Legge n. 162/1998, integrando l' art. 39 della Legge-quadro, propone qualcosa di nuovo e di assolutamente diverso rispetto all' handicap in situazione di gravità, anche perché i soggetti cui fa riferimento l' art. 39 della legge n. 162 sono definiti come "*persone con disabilità permanente grave e limitazioni dell' autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni della vita*": la differenza è che, in questo caso, l' intervento assistenziale riguarda la sola sfera individuale (esplicitamente individuata nella limitazione dell' autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni della vita) e non, come ammette più estensivamente l' art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992, anche la sfera "*di relazione*".

Chi ha pertanto osservato che la Legge-quadro identifica due sole tipologie dell' handicap, qualificate nell' handicap *permanente* e nell' handicap in situazione (con connotazione) *di gravità*, individuandole come gli estremi in cui può essere misurato e quantitativamente rilevato il bisogno, ha male interpretato le norme: norme che, come detto, prevedono più variabili tassonomiche dell' handicap e che, addirittura, individuano un handicap *di particolare gravità* che è, a tutti gli effetti, una categoria di bisogno differenziata rispetto all' handicap di cui all' art. 3, comma 3, della Legge-quadro, essendo stato individuato nella *limitazione dell' autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni della vita*.

### **3. I corto-circuiti interpretativi dei Dicasteri e del Legislatore**

<sup>17</sup> Solo per inciso si deve ricordare come nella proposta di legge in discussione alla Camera dei Deputati nel 1987 erano state previste agevolazioni per i genitori di handicappati "*gravissimi*" (proposta di legge n. 288 di iniziativa Artioli ed altri; proposta di legge n. 501 di iniziativa di Colombini ed altri; proposta di legge n. 484 di iniziativa di Armellini e altri). Nei testi in discussione nel 1991 e nel 1992 alla Camera si continua a parlare di handicappato *gravissimo* che può usufruire dei permessi retribuiti, ha diritto di scegliere la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso. E' solo nel disegno di legge n. 3152 in discussione in Senato che viene coniato il termine di handicap *in situazione di gravità* in sostituzione dell' *handicap gravissimo*.

<sup>18</sup> Rodriguez D., *Handicap in situazione di gravità, quale modello di definizione*, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche –Assessorato ai Servizi Sociali, 2002.

C'è una terza causa che ha certamente influenzato, in larga misura, la prassi interpretativa cui abbiamo in precedenza accennato che si deve ascrivere ai corto-circuiti provocati dalle deprecabili prese di alcuni Dicasteri che, purtroppo, sono state confermate, nel principio di fondo, dalla Legge 9 marzo 2006, n. 80; legge che, come vedremo, ha nuovamente sovrapposto –confondendoli– i requisiti che legittimano il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento con quelli alla base dell'handicap in situazione (con connotazione) di gravità.

La più evidente –che ha rafforzato l'erronea convinzione che la parola *gravità* e l'aggettivo qualificativo *grave* debbano connotare le singole minorazioni in funzione dell'*impairment* lavorativo– è la Circolare del Ministero della Sanità (Dipartimento di Prevenzione) del 27 luglio 1998, emanata, come si ricorderà, dopo l'approvazione del Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124; tale norma, confermando le previsioni dell'art. 6 del Decreto Legislativo n. 509/1988, ha previsto (art. 5, comma 7) che la valutazione dell'invalidità nei soggetti ultra-65enni deve essere riferita non già all'*impairment* lavorativo quanto bensì “... alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età”. La circolare richiamata, nel tentativo di “... sanare la contraddizione insita nel fatto che altre disposizioni in materia sanitaria subordinano la concessione di taluni benefici al possesso di specifiche percentuali di invalidità”, ha, in buona sintesi, ricondotto a diversi gradi e livelli le *difficoltà persistenti* che possono essere riscontrate sulla persona anziana, distinguendo:

- a) le difficoltà cosiddette “*lievi*”, “... corrispondenti a invalidità compresa tra il 33,3% e 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)”;
- b) le difficoltà cosiddette “*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)”;
- c) le difficoltà cosiddette “*gravi*”, “... corrispondenti ad invalidità pari al 100% ai fini dall'esenzione del pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16, della Legge n. 537/1993 e successive modificazioni)”.

Questa circolare ministeriale ha, purtroppo, nuovamente ricondotto la *gravità* all'*impairment* lavorativo e questa operazione, del tutto criticabile nella prospettiva di nostra pertinenza, lo è ancora di più se si considera che la medesima è stata realizzata in riferimento a persone che, per ragioni anagrafiche, non sono più in attualità di lavoro, confondendo le *difficoltà* a svolgere “*i compiti e le funzioni proprie dell'età*” con l’*incapacità lavorativa*” generica (o semi-specifica). Operazione non indolore, perché questo aberrante corto-circuito ha rallentato quel processo di maturazione culturale che si imponeva per la nostra disciplina con l'individuazione di una metodologia di lavoro del tutto nuova, ancorata su *items* di valutazione dello stato di bisogno orientati ad esprimere una valutazione di tipo multi-dimensionale, tenendo presente il contesto sociale, familiare e relazionale in cui la persona effettivamente si colloca<sup>19</sup>.

Altri malaugurati interventi dei Dicasteri, su questa linea, hanno riconosciuto che alcune minorazioni sensoriali (il sordomutismo e la cecità) costituiscono, di per sé stesse,

---

<sup>19</sup> Cembrani F., *Handicap in situazione di gravità. Quale definizione*, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche –Assessorato ai Servizi Sociali, 2002.

un handicap in situazione (con connotazione) di gravità. Peraltro il Ministero della Sanità, con circolare del 17 novembre 1998, ha ammesso che anche le persone in trattamento dialitico, debbano essere considerate –anch’ esse a titolo della minorazione- quali soggetti handicappati in situazione di gravità, a fronte dell’ evidenza che l’ uremia terminale “... impone al paziente di sottoporsi ad un trattamento terapeutico continuativo nel tempo (trattamento dialitico), indispensabile alla sopravvivenza” configurandosi dunque come una “... situazione patologica che incide in maniera rilevante sull’ autonomia del paziente arrecandogli un grave svantaggio sia nello svolgimento delle attività extralavorative correlate alla sua età (attività scolastiche, ludiche, ricreative e relazionali in genere) sia nello svolgimento di attività lavorative produttive di reddito trovandosi ... nell’ impossibilità di garantire quella continuità prestazionale che qualsiasi attività lavorativa presuppone”.

Queste prese di posizione -che hanno finito con il confondere le *difficoltà* di cui all’ art. 3, comma 1, della Legge n. 104/1992 con l’ *impairment lavorativo* e che hanno creato altrettanto aberranti automatismi valutativi nel riconoscimento dell’ handicap in situazione di gravità- hanno trovato, come si diceva, una conferma indiretta in una recente normativa (la Legge n. 80/2006: “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione*”). L’ art. 6, comma 3, della legge (“*Semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità*”), prevede infatti:

1. l’ esonero da “... ogni visita medica finalizzata all’ accertamento della permanenza della minorazione civile o dell’ handicap” dei soggetti “... portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell’ indennità di accompagnamento o di comunicazione”;
2. l’ individuazione, da parte del Ministro dell’ economia e delle finanze di concerto con il Ministro della salute, di un elenco delle “... patologie” e delle “... menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione”, con l’ indicazione della “... documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare la minorazione”.

A ben vedere la norma recentemente approvata, nel dettare le regole generali per una semplificazione dei processi finalizzati all’ accertamento della disabilità eludendo la più volte auspicata riforma del nostro sistema di sicurezza sociale ed in parte delegandola (art. 6, comma 1) alle amministrazioni regionali, sembra nuovamente legittimare – rafforzandoli- alcuni dei più evidenti corto-circuiti interpretativi elaborati dalla dottrina negli anni immediatamente successivi alla emanazione della Legge n. 104/1992, riconoscendo, ancorché indirettamente, la sovrapposizione tra l’ indennità di accompagnamento (o di comunicazione) e la situazione di handicap; non solo quello di cui all’ art. 3 della Legge n. 104/1992 (handicap in situazione di gravità) ma anche di quello di cui all’ art. 39 della stessa legge come modificato dall’ art. 1 della Legge n. 162/1998 (handicap di particolare gravità) che, come abbiamo osservato, rappresenta una realtà tassonomica differenziata rispetto alla precedente.

#### **4. I biases cognitivi**

C'è, infine, una quarta ed ultima causa che ha, a mio personale giudizio, condizionato l'evoluzione concettuale dell'handicap; essa è da riferire ai condizionamenti ed agli stereotipi mentali connessi con la tradizione giuridica e con la nostra impostazione culturale che, a ben vedere, hanno prodotto e mantenuto stabili nel tempo quei cortocircuiti interpretativi (*biases* cognitivi) che, ancor oggi, condizionano negativamente la prassi valutativa.

La esaminerò nel dettaglio utilizzando le conoscenze –e le provocazioni– che derivano da altre fonti del sapere anche perché, evidenziandone le cause e le radici profonde, alcuni correttivi, per così dire “*interni*”, sono da subito possibili.

Quello dei *biases* cognitivi che si realizzano nell'attività interpretativa non è un'evenienza eccezionale ma è anzi la norma nella storia del progresso umano, come hanno magistralmente dimostrato gli studi della semiotica, una disciplina nata a cavallo tra l'800 ed il 900 grazie al linguista ginevrino Ferdinand de Saussure (1857-1913) che iniziò a parlare di semiologia come scienza che studia la vita dei segni ed al filosofo americano Charles Peirce (1839-1914) che, parallelamente, ha inaugurato una riflessione filosofica sui segni e sulla conoscenza; in buona sostanza, questi studi dimostrano che, nel corso di qualsiasi attività interpretativa (nel nostro caso di una fonte giuridica), si selezionano alcuni *topic testuali* attivando solo alcune delle proprietà *dizionari* ed *enciclopediche* dei termini selezionati con un meccanismo che tende a magnificarne alcune ed a narcotizzarne, contestualmente, altre.

Chiarisco meglio il mio pensiero.

Lo studio di un significato può riferirsi ad un *modello dizionario* oppure ad un *modello enciclopedico*: nel primo si resta nell'ambito delle informazioni linguistiche che derivano dall'etimo della lingua di appartenenza, di norma strutturalmente statico; nel secondo si sconfinava, invece, con un meccanismo molto più dinamico, in una dimensione più complessa che riguarda le conoscenze esterne al linguaggio che tuttavia ne caratterizzano il significato al pari degli elementi linguistici<sup>20</sup>.

Proviamo ad applicare questi concetti a quelli che, nella prospettiva medico-legale, sono stati i *topic testuali* prevalentemente selezionati nell'interpretazione della Legge n. 104/1992 (la parola *handicap* e la parola *gravità*) e proviamo a darne un'interpretazione distinta secondo il *modello dizionario* e secondo il *modello enciclopedico*.

Per l'interpretazione *dizionario* utilizzerò, evidentemente, i significati che il patrimonio della lingua italiana assegna alle due parole.

Nel Dizionario della Lingua italiana di Sabatini e Coletti (2004) la parola *handicap* rinvia a tre distinti significati, identificando: 1. la corsa ippica in cui il diverso valore dei partecipanti viene pareggiato mediante accorgimenti vari (pesi, punti di partenza diversificati, ecc.) o, in maniera più estensiva, la gara in cui i concorrenti più quotati concedono un vantaggio agli altri o, ancora, il vantaggio e lo svantaggio stessi (*corsa ad handicap*); 2, lo svantaggio iniziale, specialmente rispetto alla concorrenza, in attività, imprese, aziende o, più estensivamente, il *gap* tecnologico (*handicap tecnologico*); 3. una menomazione, fisica o psichica, un difetto, una disfunzione o una malattia che comporta una invalidità più o meno grave o, più estensivamente, una condizione di inferiorità rispetto ad altri (*portatore di handicap*). Nel Dizionario della Lingua italiana di Devoto Oli (2004-2005) la parola *handicap* viene fatta derivare dalla lingua inglese (*handicaps*) e, più in particolare, dalla locuzione *hand in the cap* (“*porre la mano nel cappello*”): questo riferimento identificava, originariamente, un gioco d'azzardo in cui si estraevano le monete da un cappello ed è transitata successivamente (nel 1892) a caratterizzare il linguaggio ippico. Anche questo Dizionario assegna al termine significati diversi: 1. sistema

---

<sup>20</sup> Traini S., *Le due vie della semiotica. Teorie strutturali e interpretative*, Bompiani Editore, Milano, 2006.

di competizione sportiva fondato sull'attribuzione di vantaggi differenziati secondo una valutazione di qualità a favore dei singoli competitori (atleti o cavalli); 2. motivo di svantaggio o di pregiudizio. Il primo significato assume, a seconda del tipo di sport, i seguenti ulteriori sotto-significati particolari: a) nel tiro a volo, la maggiore o minore distanza dal lancia-piattelli alla quale si pongono, secondo la loro abilità, i singoli tiratori; b) nel gioco del golf, il valore inversamente proporzionale al livello tecnico del giocatore; c) nell'ippica, il peso o la resa dei metri assegnata a ciascun concorrente o, ancora, in relazione alla categoria dei cavalli: per questi si parla di *handicap ascendente* quando la scala dei pesi (nel galoppo) o la resa dei metri (nel trotto) parte dal minimo stabilito per il cavallo meno quotato per salire, gradatamente, fino al più quotato e, nella situazione contraria, di *handicap discendente*.

Per l'interpretazione *dizionariale* la parola *handicap* veicola, dunque, significati del tutto diversi: essi rinviano al problema dell'indeterminatezza e della polisemia delle parole i cui significati variano in relazione al contesto nel quale esse si presentano.

Lo stesso si può provare a fare con la parola *gravità* che rinvia all'aggettivo *grave*; aggettivo che, nel Nuovo Etimologico della Lingua Italiana di Castellazzo e Zolli, viene fatto derivare dal lemma latino *gravis* (*e*) che significa pesante, sia in senso fisico che in senso morale.

Nel Vocabolario della Lingua Italiana dell'Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani questa parola esprime significati diversi che sono in gran parte condizionati dall'ambito in cui il nostro giudizio si colloca. Tale ambito può, distintamente, essere: a) l'ambito fisico, dove la *gravità* esprime, con un rapporto matematico, la tendenza dei corpi materiali a cadere verticalmente al suolo per l'attrazione che la Terra esercita su di essi; b) la musica, dove la *gravità* intende la qualità propria dei suoni bassi; c) la persona umana, dove la *gravità* è sinonimo di compostezza, di dignità, di un atteggiamento o di una espressione di grande serietà; d) una condizione che desta preoccupazione o annuncia pericolo o ad un qualcosa che produce effetti materialmente o moralmente dannosi od ancora che sia, in sé e di per sé, un grave male. Nel Grande Dizionario dell'Usò di Tullio De Mauro la parola *gravità* viene, a sua volta, qualificata con diversi significati ("essere difficile da sopportare in quanto provoca sofferenza, dolore ..."; l'"essere serio, importante"; l'"essere pericoloso e preoccupante"; l'"essere materialmente o moralmente dannoso", l'essere, infine, di "estrema severità"); il contrario di "gravità", nello stesso Dizionario, è l'"irrilevanza" mentre sinonimi sono la "dolorosità", l'"importanza", la "rilevanza", la "serietà", la "criticità", la "pericolosità", l'"austerità", la "compostezza", la "dignità", la "solennità" e, infine, la "sostenutezza".

Se il dizionario costituisce –dunque– l'insieme circoscritto delle conoscenze linguistiche che formano il significato, dobbiamo osservare come esistono problemi di tutta evidenza posti: 1. dall'indeterminatezza dei termini; 2. dalla polisemia delle parole nei valori d'uso; 3. dalla mancanza di un principio diverso da quello derivato dalla pratica linguistica in grado di organizzare la polisemia che risulta amplificata dall'uso letterario di una lingua per un effetto di rafforzamento, di accentuazione e di esaltazione analitica del processo di derivazione <sup>21</sup>.

Se poi, dal piano dell'*interpretazione dizionariale*, passiamo ad analizzare come, concretamente, ciascuno di noi qualifica i termini e le parole secondo il *modello enciclopedico*, la forbice si farà ancora più evidente in quanto, in questa prospettiva, saranno i contesti e le circostanze ad attivarne i processi di denotazione e di connotazione: processi, questi, finalizzati a comprendere l'occorrenza segnica come significante esigita

---

<sup>21</sup> Ricoeur P., *Percorsi del riconoscimento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.

per la successiva comprensione del segno stesso in un testo, in un contesto o, come ben osserva Umberto Eco, in un gioco comunicativo <sup>22</sup>.

Esaminiamo meglio la questione.

Se ciascuno di noi prova a connotare un evento della nostra vita (personale, familiare, lavorativa) con l'aggettivo qualificativo *grave*, il divario tra le singole posizioni si renderà del tutto evidente poiché è ragionevole attendersi che ciò che può essere per me "*grave*" ("*importante*", "*serio*", "*critico*", "*rilevante*" e "*doloroso*") per qualcun altro lo potrà essere in misura ancora maggiore o, al contrario, in misura minore; ed in ciò ciascuno di noi sarà condizionato dalla struttura di personalità, dal sistema dei valori personali, dalle esperienze maturate, dal patrimonio conoscitivo e, come ci ha insegnato la psicologia linguistica, dai rapporti tra le parole ed i relativi significati non presenti nella frase ma che ad essa si associano determinandone il senso ed il significato più profondo ovvero dai significati associativi che la persona umana attribuisce ai prodotti del linguaggio.

Il ruolo che assumono, nell'attività interpretativa, i fenomeni associativi è un ruolo di tutta evidenza che trascende, spesso, il nostro livello di consapevolezza che ho esaminato, nel dettaglio, in occasione del Convegno nazionale organizzato a Ferrara, nel 2004, dal Coordinamento dei medici legali delle Aziende Sanitarie locali: in quell'occasione, discutendo l'esegesi ed i limiti dell'handicap in situazione (con connotazione) di gravità, ho dimostrato che la prevalente interpretazione della condizione di *gravità* dell'handicap è stata fortemente condizionata dal sistema di valori con cui la *gravità* è caratterizzata nella tradizione giuridica e nella nostra prospettiva.

Non solo perché la parola "*grave*" viene utilizzata come caratterizzante di molte previsioni del Codice penale (art. 54, art. 147, art. 583 ed art. 609 come modificato dalla Legge 15 febbraio 1996, n. 66), del Codice civile (art. 405, art. 414 ed art. 415) e di alcune norme specifiche (la Legge 22 maggio 1978, n. 194) ma soprattutto perché esso compare in tutte le normative che caratterizzano il nostro sistema di sicurezza sociale, finendo con l'assumere il ruolo di una vera e propria categoria di danno alla persona.

Innanzitutto nelle norme in materia di pensionistica di privilegio <sup>23</sup> ed in particolare nella Tabella A e nella Tabella B approvata con Decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834 e successive integrazioni e modifiche dove molte delle menomazioni elencate nelle differenziate categorie della Tabella A sono diversamente qualificate con le parole di "*notevole grado*", "*grave*", di "*media entità*" e di "*lieve entità*".

Attenendoci alla "*gravità*" (o, più opportunamente, all'aggettivo qualificativo "*grave*") si riportano di seguito le diverse menomazioni elencate nella Tabella A annessa al D.P.R. n. 834/1981 in cui compaiono, in alternativa, le due parole.

#### Prima categoria:

- la disarticolazione di un'anca; l'anchilosi completa della stessa se unita a *grave* alterazione funzionale del ginocchio corrispondente;
- la perdita di una coscia a qualunque altezza con moncone protesizzabile ma con *grave* artrosi dell'anca o del ginocchio dell'arto superstite;
- le distruzioni di ossa della faccia, specie dei mascellari e tutti gli altri esiti di lesioni gravi della faccia e della bocca tali da determinare *grave* ostacolo alla masticazione e alla deglutizione sì da costringere a speciale alimentazione;
- le alterazioni polmonari ed extra polmonari di natura tubercolare e tutte le altre infermità organiche e funzionali permanenti e *gravi* al punto da determinare una assoluta incapacità al lavoro proficuo;

---

<sup>22</sup> Bonfatini M. A., *La semiosi e l'abduzione*, Bompiani, Milano, 1987.

<sup>23</sup> Rotondo G., *Elementi di medicina legale in materia di pensionistica privilegiata*, Edizioni Minerva Medica, 1983.



- la fibrosi polmonare diffusa con enfisema bolloso o stato bronchiectasico e cuore polmonare *grave*;
- le cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con *grave* e permanente insufficienza coronaria accertata all' esame Ecg-grafico;
- l' incontinenza delle feci *grave* e permanente da lesione organica;
- il diabete mellito ed il diabete insipido entrambi di notevole *gravità*;
- gli esiti di nefrectomia con *grave* compromissione permanente del rene superstite (iperazotemia, ipertensione e complicanze cardiache) o tali da necessitare trattamento emodialitico protratto nel tempo;
- tutte le alterazioni delle facoltà mentali (sindrome schizofrenica, demenza paralitica, demenze traumatiche, demenza epilettica, distimie *gravi*, ecc.) che rendano l' individuo incapace a qualsiasi attività;
- le lesioni del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) con conseguenze *gravi* e permanenti di grado tale da apportare profondi e irreparabili perturbamenti delle funzioni più necessarie alla vita organica e sociale o da determinare incapacità a proficuo lavoro;
- la sordità bilaterale organica assoluta e permanente quando si accompagni alla perdita o a disturbi *gravi* e permanenti della favella o a disturbi della sfera psichica e dell' equilibrio statico-dinamico.

#### Seconda categoria:

- l' anchilosi temporo-mandibolare incompleta ma *grave* e permanente con notevole riduzione della funzione masticatoria;
- l' artrite cronica che, per la molteplicità e l' importanza delle articolazioni colpite, abbia menomato *gravemente* la funzione di uno o più arti;
- le affezioni polmonari o extrapolmonari di natura tubercolare che per la loro *gravità* non siano da ascrivere alla prima categoria;
- le lesioni *gravi* e permanenti dell' apparato respiratorio o di altri apparati organici determinate dall' azione di gas nocivi;
- tutte le altre lesioni od affezioni organiche della laringe, della trachea che arrechino *grave* e permanente dissesto della funzione respiratoria;
- le affezioni gastro-enteriche e delle ghiandole annesse con *grave* e permanente deperimento organico
- le lesioni o affezioni *gravi* e permanenti dell' apparato urinario salvo che, per la loro entità, non siano ascrivibili alla categoria superiore.

#### Terza categoria:

- le labirintiti e le labirintosi con stato vertiginoso *grave* e permanente;
- la perdita o i disturbi *gravi* della favella.

#### Quarta categoria:

- l' epilessia ammenochè per la frequenza e la *gravità* delle sue manifestazioni non sia da ascrivere a categorie superiori;
- le psico-nevrosi *gravi* (fobie persistenti);
- le labirintiti o le labirintosi con stato vertiginoso di media *gravità*.

#### Quinta categoria:

- il diabete mellito o insipido di media *gravità*;
- l' ernia viscerale molto voluminoso o che, a prescindere dl suo volume, sia accompagnata da *gravi* e permanenti complicazioni;

#### Settima categoria:

- le cicatrici della faccia che costituiscono notevole deformità. Le cicatrici di qualsiasi altra parte del corpo estese e dolorose o aderenti o retratte che siano facili ad ulcerazioni o comportino apprezzabili disturbi funzionali, ammenochè per la *gravità* non siano da equipararsi ad infermità di cui alle categorie precedenti;
- la nevrosi cardiaca *grave* e persistente;
- l'isteronevrosi di media *gravità*.

È da osservare come, in tale Tabella, le conseguenze delle menomazioni (fisiche e psichiche) sono classificate su quattro livelli: quelle "*lievi*" (ad esempio: i disturbi funzionali cardiaci di lieve entità, le sindrome nefrosiche lievi e gli esiti lievi di pleurite di natura non tubercolare), "*medie*" (ad esempio le istero-nevrosi di media gravità), quelle "*gravi*" (ad esempio la nevrosi cardiaca grave e persistente, il cuore polmonare grave, la grave artrosi dell'anca o del ginocchio) e quelle "*notevoli*" (le distruzioni di ossa della faccia tali da menomare notevolmente la masticazione, la deglutizione o la favella oppure da apportare evidenti deformità, nonostante la protesi).

Le menomazioni qualificate come "*gravi*" sono differenziate, a loro volta, in quelle di "*notevole gravità*" ed in quelle di "*media gravità*".

Il termine "*grave*" è poi quasi sempre affiancato al termine "*permanente*" e la gravità, salvo un'unica eccezione (le lesioni del sistema nervoso centrale -encefalo e midollo spinale- con conseguenze gravi e permanenti di grado tale da apportare profondi e irreparabili perturbamenti delle funzioni più necessarie alla vita organica e sociale), è costantemente riferita all'*impairment* lavorativo; peraltro nei "*Criteri per l'applicazione delle Tabelle A e B*" viene precisato, a rafforzare l'idea che il termine "*gravità*" debba essere necessariamente ricondotto alle sole conseguenze della minorazione sulla capacità lavorativa, che "*... le parole grave e notevole, usate per caratterizzare il grado di talune infermità, debbono intendersi in relazione al grado di invalidità corrispondente alla categoria cui l'infermità è ascritta*".

Alla "*gravità*" delle menomazioni fa anche riferimento la normativa che elenca le imperfezioni e le infermità che sono causa di non idoneità al servizio di leva, non più obbligatorio per i nati dopo il 1985. Il Decreto 26 marzo 1999 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 14 aprile 1999, n. 86) identifica, infatti, le situazioni nelle quali è possibile procedere alla riforma senza l'esame personale: a) i soggetti affetti da "*evidenti e gravi imperfezioni fisiche*"; b) i soggetti affetti da "*gravi infermità*". Tali infermità sono elencate, in tale Decreto, negli artt. compresi da 1 a 19 relativamente alla "*Morfologia generale*" (art. 1), alle "*Disendocrinie, dismetabolismi ed enzimopatie*" (art. 2), alle "*Malattie da agenti infettivi e da parassiti*" (art. 3), all' "*Ematologia*" (art. 4), alla "*Immuno-allergologia*" (art. 5), alla "*Tossicologia*" (art. 6), alle "*Neoplasie*" (art. 7), al "*Cranio*" (art. 8), al "*Complesso maxillo-facciale*" (art. 9), all' "*Apparato cardiovascolare*" (art. 10), all' "*Apparato respiratorio*" (art. 11), all' "*Apparato digerente*" (art. 12), all' "*Apparato urogenitale*" (art. 13), alla "*Neurologia*" (art. 14), alla "*Psichiatria*" (art. 15), alla "*Oftalmologia*" (art. 16), alla "*Otorinolaringoiatria*" (art. 17), alla "*Dermatologia*" (art. 18) ed all' "*Apparato Locomotore*" (art. 19). In ognuno dei seguenti settori nosologici sono elencate le infermità e le imperfezioni che il Legislatore ritiene di per sé stesse "*gravi*" mentre per altre il loro riconoscimento non legittima la non idoneità al servizio di leva se non nel caso in cui possa essere accertata la loro effettiva "*gravità*": l'emeralopia, ad esempio, è, di per sé stessa, una infermità che legittima il giudizio di non idoneità al servizio di leva mentre, attenendoci all'ambito delle malattie dell'apparato visivo, la discromatopsia, una volta accertata, deve essere qualificata come *grave* per motivare il medesimo giudizio.

Nelle norme che regolamentano l'accesso alle prestazioni previste a carico degli invalidi del lavoro, il termine "*grave*" ricorre nella Tabella delle menomazioni che possono dar luogo all'assegno per l'assistenza personale continuativa; la rendita conseguente ad infortunio sul lavoro o a malattia professionale è, infatti, integrata da uno speciale assegno

mensile per l'assistenza personale continuativa quando sia accertata l'esistenza di una menomazione compresa nella Tabella che costituisce l'allegato n. 3 al Testo Unico del 1965. In tale Tabella sono elencate: 1. le *alterazioni delle facoltà mentali che apportino gravi e profondi perturbamenti alla vita organica e sociale*; 2. la *riduzione dell'acutezza visiva tale da permettere soltanto il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino (30 cm) o più grave*.

Quest'ultima previsione è particolarmente interessante per alcuni ordini di fattori.

In primo luogo perché la riduzione dell'acutezza visiva al solo conteggio delle dita alla distanza di 30 cm è divenuto, nella pratica, ciò che distingue il cieco civile con residuo visivo (il cosiddetto "*cieco ventesimista*") dal cieco civile assoluto; in secondo luogo perché, più recentemente, la Legge 2 aprile 2001, n. 138 ("*Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici*") ha definito le varie forme di minorazioni visive "*... meritevoli di riconoscimento giuridico*", pur non modificando la vigente normativa in materia di prestazioni economiche e sociali in campo assistenziale. Orbene tale norma, superando la distinzione tra ciechi assoluti, ciechi parziali (visus non superiore ad 1/20 bilateralmente, con l'utilizzo di correzione) e ciechi decimisti (visus non superiore ad 1/10 bilateralmente, con l'utilizzo di correzione), ha suddiviso le minorazioni visive nei seguenti distinti livelli di gravità: 1. la cecità totale, definita come la totale mancanza della vista in entrambi gli occhi, la mera percezione dell'ombra e della luce e del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore o l'esistenza di un residuo perimetrico binoculare inferiore al 3%; 2. la cecità parziale, definita nell'esistenza di un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con eventuale correzione o, in alternativa, nell'esistenza di un residuo perimetrico binoculare inferiore al 10%; 3. l'ipovisione cosiddetta *grave*, definita nell'esistenza di un residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con eventuale correzione o, in alternativa, nell'esistenza di un residuo perimetrico binoculare inferiore al 30%; 4. l'ipovisione cosiddetta *medio-grave*, definita nell'esistenza di un residuo visivo non superiore a 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con eventuale correzione o, in alternativa, nell'esistenza di un residuo perimetrico binoculare inferiore al 50%; 5. l'ipovisione cosiddetta, infine, *lieve*, definita nell'esistenza di un residuo visivo non superiore ad 3/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con eventuale correzione o, in alternativa, nell'esistenza di un residuo perimetrico binoculare inferiore al 60%.

Ma alla "*gravità*" delle diverse minorazioni fanno riferimento esplicito anche le diverse normative che, a partire dal 1980, il Legislatore ha emanato, in maniera alquanto disordinata, disciplinando l'istituto giuridico dell'invalidità civile.

Il Decreto 25 luglio 1980, che ha approvato la Tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti di cui alla Legge 20 marzo 1971, n. 118, ha, infatti, fornito un lungo e minuzioso elenco di minorazioni (raggruppate sia per settore nosologico che per fascia percentuale di invalidità) in cui il termine "*gravità*", analogamente alle tabelle della pensionistica di privilegio, ricorre più volte.

Eccone il dettaglio.

#### Fascia percentuale dal 91 al 100%:

- le lesioni organiche del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) sia stabilizzate che evolutive con conseguenze *gravi* e permanenti e grado tale da apportare profonde e irreparabili alterazioni delle funzioni vegetative e di relazione e tali da determinare la totale o pressoché totale invalidità al lavoro;
- l'epilessia in forma *grave* con concomitante deterioramento psichico;
- le psicosi *gravi*, nelle varie forme, con profondi disturbi nella vita di relazione e tali da rendere l'individuo permanentemente invalido;

- le oligofrenie di carattere organico e dismetabolico (ivi comprese quelle da alterazione cromosomica) e le insufficienze mentali con *grave* compromissione della vita di relazione che rendono l'individuo totalmente o pressoché totalmente invalido;
- le alterazioni osteo-articolari *gravi*, diffuse e permanenti e tali da determinare deficit motorio globale di altissimo grado;
- le alterazioni dell'apparato respiratorio di qualsiasi natura tali da determinare una *gravissima* compromissione dell'apparato cardio-circolatorio;
- le malattie cardiovascolari con compenso cardiocircolatorio cronico che per la loro *gravità* rendano il soggetto totalmente o pressoché totalmente invalido;
- l'endo-arterite obliterante in forma *grave* con amputazioni ed altre complicazioni;
- le nefropatie croniche con *grave* insufficienza renale e gravi complicanze cardiovascolari;
- le *gravi* malattie endocrine e dismetaboliche non suscettibili di adeguata terapia sostitutiva e tali da provocare la totale o pressoché totale invalidità al lavoro;
- le *gravi* malattie degli organi emopoietici e del sistema immunitario tali da provocare la totale o pressoché totale invalidità al lavoro;
- le labirintopatie con *grave* e persistente compromissione dell'equilibrio;
- la sordità organica assoluta e permanente quando si accompagna a disturbi *gravi* e permanenti della favella o a disturbi della sfera psichica e dell'equilibrio statico-dinamico.

Fascia percentuale dall' 81 al 90%:

- l'epilessia con frequenti crisi e compromissione della sfera psichica ivi compresi i *gravi* equivalenti epilettici;
- le affezioni dell'apparato gastro-enterico e delle ghiandole annesse con *grave* e permanente compromissione dello stato generale.

Fascia percentuale dal 71 all' 80%:

- le alterazioni dell'apparato respiratorio di qualsiasi natura tali da determinare una *gravissima* insufficienza respiratoria;
- il diabete mellito insulino-dipendente complicato con *grave* compromissione dello stato generale.

Fascia percentuale dal 61 al 70%:

- le arteriopatie dei grossi vasi con complicazioni determinanti *gravi* disturbi funzionali;
- i disturbi delle ghiandole endocrine con *grave* limitazione funzionale e compromissione dello stato generale.

Fascia percentuale dal 51 al 60%:

- le alterazioni circolatorie periferiche con distrofia e *gravi* disturbi funzionali;
- l'ulcera peptica con *gravi* disturbi digestivi anche dopo intervento chirurgico.

Fascia percentuale dal 41 al 50%:

- le nevriti e le nevralgie di *grave* entità e persistenti con fenomeni antalgici limitanti la motilità;
- le epatopatie croniche di media *gravità*.

Fascia percentuale dal 31 al 40%:

- il diabete di media *gravità*.

Anche in questa Tabella, analogamente alle Tabelle della pensionistica di guerra, le conseguenze delle minorazioni e delle malattie invalidanti di cui alla Legge n. 118/1971, sono ascritte in tre progressivi livelli di gravità: 1. le minorazioni e malattie invalidanti definite, a vario titolo, di *lieve entità*, o comportanti una *modesta elevazione dei valori pressori minimi* o *senza compromissione dello stato generale* (tutte inserite nella fascia percentuale compresa da 0 a 10%); 2. le minorazioni e malattie invalidanti di *media gravità* od ancora comportanti *sintomi di modesta compromissione della vita di relazione e con incidenza sulla validità al lavoro* (inserite nelle fasce percentuali tra l' 11 ed il 50%); 3. le minorazioni e le malattie invalidanti *gravi* od ancora comportanti *rilevante limitazione funzionale* e/o *importanti ed estesi disturbi motori e sensitivi* (inserite nella fascia percentuale compresa tra il 51 ed il 100%).

Diversamente a quanto evidenziato nel settore della pensionistica di privilegio, il termine *grave* non è quasi mai affiancato al concetto di *permanenza* della menomazione (che risulta peraltro implicito nel riconoscimento dello stato invalidante) e la gravità della situazione è costantemente ricondotta alla *vita di relazione* del soggetto (in una sola circostanza anche *al deficit motorio globale di altissimo grado* ed alla *compromissione dello stato generale*) al punto da renderlo *.... totalmente o pressochè totalmente invalido*.

Anche nelle *Tabelle indicative delle percentuali di invalidità delle minorazioni e malattie invalidanti* approvate nel 1980 il termine *gravità* viene, dunque, proiettato nella dimensione dell' *impairment* lavorativo e le conseguenze di una determinata malattia sono, appunto, da considerare *gravi* nella misura in cui le medesime rendono la persona effettivamente invalida con la sola differenza, rispetto alla pensionistica di privilegio, che questa condizione non va soppesata rispetto al lavoro proficuo ma bensì rispetto a qualsiasi attività lavorativa.

Questa impostazione generale non è stata assolutamente modificata dal Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992 con il quale è stata approvata la nuova *Tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti*; in tale Tabella il termine *gravità* e l' aggettivo *grave* ricorrono ripetutamente sia nella prima parte (*Modalità d' uso della nuova Tabella d' invalidità*), sia nella seconda parte (*Indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali*) sia, ancora, nella terza parte (*Nuova Tabella ordinata in fasce ovvero in misura percentuale*).

Se nella progressiva elencazione della diverse infermità le conseguenze delle malattie, in relazione alla percentuale di invalidità attribuita (fissa o in fascia percentuale variabile), sono spesso qualificate con l' aggettivo *grave*, il Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992, rispetto alle Tabelle del 1980, introduce due sostanziali novità. La prima, contenuta nelle *Modalità d' uso della nuova Tabella*, propone il ricorso *... al criterio analogico ad infermità analoghe e di analoga gravità* nel caso di infermità non elencate nella Tabella medesima, dato il richiamo generale che la misura percentuale di ciascuna menomazione anatomo-funzionale esprime il riflesso negativo sulla capacità lavorativa del soggetto e che *... il danno funzionale permanente è riferito alla capacità lavorativa ... che deve intendersi come capacità lavorativa generica con possibilità di variazioni in più del valore base, non superiori a cinque punti percentuali, nel caso in cui vi sia anche incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità lavorativa cosiddetta semispecifica) e sulla capacità lavorativa specifica*; la seconda, contenuta invece nelle *Indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali*, risulta ancora più interessante, nel momento in cui le conseguenze delle minorazioni sono ascritte per alcuni settori nosologici a tre e per altri a quattro livelli di *compromissione funzionale*, esplicitamente contraddistinta con l' aggettivo *lieve*, *media*, *grave* e *gravissima*.

Se, ad esempio, prendiamo in considerazione la menomazione *paresi dell' arto inferiore* il deficit di forza dello stesso è identificato come: a) *lieve* (fascia percentuale: 11-

20%); b) *medio* (fascia percentuale: 21-30%); c) *grave* o plegia associata ad incontinenza sfinterica (fascia percentuale: 71-80%). Mentre il deficit di forza "*lieve*" è qualificato nella riduzione di forza contro resistenza in un soggetto in grado di deambulare senza appoggio e con movimenti fini delle dita conservati, il deficit di forza "*grave*" è a sua volta qualificato nell'incapacità di vincere la forza di gravità e nella assenza dei movimenti delle dita del piede. Così per l'insufficienza renale che viene differenziata, in relazione alla clearance della creatinina, in: a) *lieve* (clearance della creatinina tra 40 ed 80 ml/m); b) *media* (clearance della creatinina tra 20 e 40 ml/m); c) *grave* (clearance della creatinina inferiore a 20 ml/m). E così, ancora, per tutta una serie di altre minorazioni riguardanti l'apparato respiratorio, il sistema nervoso centrale e periferico, le patologie psichiatriche.

Per altri settori nosologici, invece, la compromissione funzionale viene invece riferita, nelle Tabelle del 1992, non su tre ma bensì su quattro livelli di gravità.

Così per le patologie dell'apparato digerente le cui conseguenze, sul piano funzionale e dell'*impairment* lavorativo, sono qualificate su quattro livelli di compromissione funzionale:

I classe: la malattia determina alterazioni lievi della funzione tali da provocare disturbi dolorosi saltuari, trattamento medicamentoso non continuativo e stabilizzazione del peso corporeo convenzionale (rilevato sulle tabelle facenti riferimento al sesso ed alla statura) su valori ottimali. In caso di trattamento chirurgico non debbono essere residuati disturbi funzionali o disturbi del transito.

II classe: la malattia determina alterazioni funzionali causa di disturbi dolorosi non continui, trattamento medicamentoso non continuativo, perdita del peso sino al 10% di valore convenzionale, saltuari disordini del transito intestinale.

III classe: si ha alterazione grave della funzione digestiva, con disturbi dolorosi molto frequenti, trattamento medicamentoso continuato e dieta costante; perdita del peso tra il 10 ed il 20% del valore convenzionale, eventuale anemia e presenza di apprezzabili disordini di transito. Apprezzabili le ripercussioni socio-lavorative.

IV classe: alterazioni gravissime della funzione digestiva con disturbi dolorosi e trattamento medicamentoso continuativo ma non completamente efficace, perdita di peso superiore al 20% del convenzionale, anemia, gravi e costanti disordini del transito intestinale. Significative le limitazioni in ambito socio-lavorativo.

E così, ancora, per le minorazioni dell'apparato cardio-circolatorio che le Tabelle del 1992 identificano in quattro livelli crescenti di gravità "... facendo riferimento alla classificazione funzionale della New York Heart Association" del 1964.

A ben vedere, dunque, la parola *gravità* (e/o l'aggettivo qualificativo *grave*) connotano spesso il nostro sistema di sicurezza sociale anche se le diverse normative di settore:

1. non qualificano la *gravità* e non precisano in che cosa essa effettivamente consiste, denotandola e connotandola in maniera puntuale;
2. non chiariscono rispetto a che cosa debba essere estensivamente valutata la *gravità* ricondotta, in maniera opinabile, alla sola sfera della capacità produttiva, ristretta (nell'invalidità civile) all'*impairment* lavorativo generico o ricondotta (nella pensionistica di privilegio) al proficuo lavoro.

3. la frammentano in una serie fantasiosa di variabili sotto-categoriali i cui poli estremi sono rappresentati dalla “notevole gravità” e dalla “lieve gravità”;
4. individuano, soprattutto, una vastissima gamma di menomazioni, di imperfezioni e/o di malattie invalidanti che, di per sé stesse e presuntivamente, sono da considerare, a tutti gli effetti, sempre e comunque, “gravi”.

Queste carenze ed incertezze definitorie e, soprattutto, l’ identificazione di un ventaglio vastissimo di malattie, di menomazioni e di imperfezioni che sono taumaturgicamente da considerare, secondo il Legislatore, a tutti gli effetti (sempre e comunque) *gravi*, ha, ovviamente, condizionato negativamente quel processo innovativo coraggiosamente delineato dalla Legge n. 104/1992 finendo con il provocare –mantenendoli stabili nel tempo- quei corto-circuiti interpretativi più volte citati che hanno finito con il confondere l’ handicap con l’ invalidità e l’ handicap in situazione di gravità con l’ inabilità o, addirittura, con l’ indennità di accompagnamento.

Si diceva, poc’ anzi, che, nel corso di qualsivoglia attività interpretativa, ogni forma di esplicitazione semantica avviene magnificando alcune proprietà della filiera dei significati e, di pari passo, narcotizzandone altre; in altre parole, si selezionano alcune proprietà per non essere costretti, ogni volta, a ripercorrere l’ insieme dinamico di una porzione *enciclopedica*.

La domanda a questo punto è: cosa ci guida e ci orienta in questa selezione?

La risposta non è semplice anche se la semiotica e la psicologia cognitiva ci possono fornire ottimi spunti di riflessione, orientandoci in questa direzione.

Per la semiotica la selezione avviene utilizzando i cosiddetti *topic testuali* che sono delle vere e proprie scelte pragmatiche (la scelta di un macro-tema o, in altre parole, di che cosa si sta parlando) e che, rispondendo alla nostra necessità di categorizzare, servono a disciplinare l’ interpretazione riducendone lo spettro illimitato e ad orientare la direzione delle attualizzazioni semantiche. Il *topic* è un fenomeno pragmatico e risponde, a ben vedere, ad una scelta interpretativa che è comunque un’ ipotesi orientata a stabilire livelli di coerenza interpretativa (linguistica) che sono chiamati, a loro volta, *isotopie*: mentre il *topic* è un fenomeno pragmatico che ci orienta ad individuare l’ *isotopia* come proprietà semantiche di un testo, quest’ ultima è un fenomeno semantico.

Il *topic testuale* rappresenta, dunque, la scelta in base alla quale ciascuno di noi seleziona alcune proprietà di un testo o di un discorso stabilendo di che cosa si sta parlando attraverso una scelta inferenziale che è comunque rischiosa perché può magnificare alcune proprietà, narcotizzandone, completamente, altre; l’ *isotopia*, pur potendo apparentemente coincidere con il *topic*, è un fenomeno conseguente che determina, in un testo o in un discorso, i livelli di coerenza interpretativa.

Scelta rischiosa si diceva perché il processo inferenziale che guida la scelta di un *topic* può portare ad usare il testo a nostro uso e consumo e non, come dovrebbe essere, ad interpretarlo correttamente, nell’ interesse di salute della persona.

Per la psicologia cognitiva, i nostri processi conoscitivi (ed interpretativi) sono del tutto analoghi all’ organizzazione di un personal computer. Per riconoscere ed identificare le cose ciascuno di noi si costruisce dei *files* che, sulla base di similarità o di differenze, inseriamo nelle *directories*; se necessario suddividiamo queste ultime nelle *sub-directories* e, molto spesso, siamo costretti, per esigenze diverse, a ristrutturare completamente l’ albero delle *directories*. Questo avviene nel caso in cui abbiamo la necessità di segmentare i *files* originariamente contenuti in una *directory* in *directories* più opportunamente qualificate o, ancora, nel caso in cui si modifichi la tassonomia scientifica (o giuridica) come, per il settore di nostra pertinenza, è nel tempo ripetutamente avvenuto.

Quest' operazione di ristrutturazione del nostro albero delle *directories* non è, tuttavia, un processo immediato perché, di solito, il primo tentativo che facciamo è quello di inquadrare il fenomeno nuovo (percepito direttamente o interpretato) nel sistema categoriale conosciuto, come è avvenuto nella straordinaria storia scientifica dell' ornitorinco narrata da Umberto Eco <sup>24</sup>. Questo animale è un mammifero che depone le uova e che, alla fine del '700, ha messo in profonda crisi il sistema categoriale all' epoca in auge. Solo nel 1884, dopo controversie e discussioni durate 80 anni tra chi lo voleva mammifero e negava le uova e chi lo voleva oviparo e disconosceva le mammelle ed il latte, si stabilirà che l' ornitorinco appartiene alla categoria dei monotremi che sono mammiferi ed ovipari. Sicuramente sono stati, dice Eco, 80 anni di negoziazioni che mettono in evidenza come funziona la dialettica della conoscenza; determinate osservazioni si possono fare solo sulla base di un quadro concettuale che dia loro senso anche se, come si diceva, il primo tentativo è quello di inquadrare il fenomeno percepito nel sistema categoriale conosciuto che, nel tempo, deve essere continuamente ri-adattato in funzione delle esperienze, delle osservazioni e delle necessità contingenti.

Nella conoscenza si procede in questo modo: si modifica il quadro di riferimento riconoscendo i nuovi fenomeni a partire dal quadro categoriale assunto lungo linee di resistenza di un continuo che delimitano, evidentemente, i (ri)-aggiustamenti, contenendoli entro certi margini; l' ornitorinco è, evidentemente, un animale e non un vegetale o un essere inanimato come l' handicap è un qualcosa che definisce, secondo l' impostazione originale dell' Organizzazione mondiale della sanità del 1980, “... *la condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l' adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all' età, al sesso e fattori socio-culturali*” e, dunque, ... *le conseguenze sociali e ambientali che si riflettono sull' individuo in causa della presenza di menomazioni e disabilità*”.

Se utilizziamo questi spunti di conoscenza offerti dalla semiotica e dalla psicologia cognitiva per sviluppare il tema in analisi, dobbiamo certamente ammettere che la Legge n. 104/1992:

1. ha messo in crisi il nostro quadro categoriale (quello del danno alla persona) introducendo un nuovo riferimento di natura medico-giuridica (l' handicap) che, ancorché frazionato in più variabili tassonomiche, si è affiancato ai nostri *files* tradizionali (in particolare, all' istituto giuridico dell' invalidità civile, a quello della cecità civile ed a quello, infine, del sordomutismo);
2. costringendoci, nell' attività interpretativa (ed applicativa) della norma, a selezionare i *topic testuali* di nostra pertinenza, ricercandone le analogie e le similitudini nel tentativo di non modificare il nostro quadro categoriale;
3. spingendoci, come conseguenza, a magnificare alcune tra le proprietà *dizionariali* ed *enciclopediche* dei termini *topizzati*, narcotizzandone, di fatto, altre.

A ben riflettere, la messa in crisi del tradizionale quadro categoriale che definisce il danno alla persona non è stata così repentina come potrebbe apparire ad una analisi affrettata, se si considerano:

---

<sup>24</sup> Eco U., *Kant e l' ornitorinco*, Bompiani, Milano, 2002.



- a) le autorevoli posizioni ripetutamente espresse dal Gerin <sup>25</sup> riguardo alla validità (intesa come “... *efficienza sociale, comprensiva degli atti extra-professionali che costituiscono nel loro complesso la cosiddetta vita di relazione*”) ed alla natura funzionale del danno (“... *ripeterò fino alla noia che il danno deve avere carattere funzionale*”);
- b) le indicazioni normative del Decreto legislativo n. 509/1988 (dell’ art. 1 e 2 in particolare che, rispettivamente, hanno dato enfasi al “*danno funzionale permanente*” ed all’ utilizzo, in fase valutativa, di opportune Tabelle approvate “... *sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dall’ Organizzazione mondiale della sanità*”.

La legge n. 104/1992 non ha aperto, dunque, una voragine a ciel sereno introducendo una nuova forma di danno alla persona (l’ handicap) che si è andata ad affiancare alle altre diverse tipologie di danno (il danno biologico, il danno alla capacità lavorativa generica o semispecifica, il danno al lavoro proficuo, l’ invalidità pensionabile, ecc.) ma, allargando il nostro orizzonte culturale ed invitandoci a cogliere tutta una serie di *impairment* (individuati, dall’ art. 3, comma 1, della stessa, nell’ *apprendimento*, nella vita di *relazione* e nell’ *integrazione lavorativa* che condizionano la vita e la *piena integrazione* della persona *nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società*) <sup>26</sup>, ci ha, motivatamente e coerentemente, spinti sulla strada indicata dall’ elaborazione dottrinale a partire da Antonio Cazzaniga ancora nel lontano 1928 <sup>27</sup>. Ciò nonostante, la strada coraggiosamente indicata dal Legislatore nel 1992 è stata ostacolata da un approccio interpretativo che, in buona sostanza, ha finito con l’ enfatizzare solo alcuni dei *topic testuali* della Legge n. 104/1992, con il magnificare solo alcune delle proprietà definitorie dell’ handicap (la *gravità* in particolare che è un attributo qualificativo condizionante che, spesso, permea la nostra attività valutativa) narcotizzandone altre, con il ricercarne le analogie e le similitudini con altre più tradizionali forme di danno alla persona nel tentativo di non modificare il nostro quadro categoriale e collegando, come conseguenza, l’ handicap in situazione (con connotazione) di gravità ad altri *files* appartenenti ad altre *directories* (in particolare all’ indennità di accompagnamento prevista per gli invalidi civili) finendo, da ultimo, per confonderli.

Sulla scelta dei *topic testuali* mi sembra che la nostra attenzione si sia prevalentemente focalizzata sulla definizione di quanto previsto dall’ art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, per rappresentare la *riduzione dell’ autonomia personale correlata all’ età* riguardo alla necessità di *un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione*. Questo mi sembra essere stato il *topic testuale* che più ha stimolato le posizioni espresse dalla dottrina e caratterizzato il nostro personale porci nella realtà operativa, disomogeneo nei diversi contesti territoriali del nostro Paese e non sempre in linea:

---

<sup>25</sup> Gerin C., *La valutazione medico-legale del danno alla persona in Responsabilità civile*, Dott. A. Giufrè Editore, Milano, 1987.

<sup>26</sup> Scorretti C., Colatigli A., Dal Pozzo C., Fallani M., Consigliere F., Fratello F., *L’ analisi delle capacità. Implicazioni e prospettive medico-legali*, Rivista italiana di medicina legale, 2, 1996, p. 435.

<sup>27</sup> Cazzaniga A., *Le basi medico-legali per la stima del danno alla persona da delitto e quasi delitto*, Istituto Editoriale Scientifico, Milano, 1928.

- a) con le finalità (art. 1) ed i principi generali (art. 2) introdotti dalla Legge-quadro, individuati nei *diritti*, nell' *integrazione sociale* e nell' *assistenza* della persona handicappata;
- b) con la necessità di orientare un percorso valutativo che deve saper riconoscere l' handicap, connotandolo in relazione all' intervento assistenziale che si deve avvalere del beneficio e/o dell' agevolazione assistenziale concessa per perseguire le finalità ed i principi generali esplicitati dalla norma che, in buona sostanza, sono garanti del *pieno rispetto della dignità umana* e dei *diritti di libertà e di autonomia della persona*, promuovendone la *piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società*.

Accanto ai corto-circuiti interpretativi più volte citati è probabile che questo processo sia stato anche condizionato da esigenze intrinseche alle nostre organizzazioni, sempre più orientate a semplificare i percorsi assistenziali a garanzia della fruibilità del servizio erogato ai cittadini; sono d' accordo con la semplificazione dei processi ma non possiamo spingere al massimo su questo pedale organizzativo (abdicando al ruolo che dobbiamo comunque assolvere) che, portato all' estrema potenza, è in grado di produrre molte certificazioni di persone in situazione di handicap non processate, però, nella filiera della rete degli interventi di garanzia, di promozione e di predisposizione di interventi volti a superare gli stati di emarginazione e di esclusione esplicitamente richiamati dall' art. 1 della Legge-quadro.

## **5. Conclusioni**

Il tema su cui sono stato invitato a riflettere mi ha spinto ad individuare –analizzandoli- i condizionamenti che sembrano aver prodotto, mantenendola sostanzialmente stabile nel tempo, quella prevalente prassi valutativa che ha: a) ricondotto l' handicap all' *impairment* lavorativo; b) sovrapposto le *difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa* identificate dall' art. 3, comma 1, della Legge n. 104/1992 con le *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età* individuate dall' art. 6 del Decreto Legislativo n. 509/1988; c) identificato, con un criterio analogico, le due situazioni che legittimano il riconoscimento dell' indennità di accompagnamento con l' *intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione* richiamato dall' art. 3, comma 3, della stessa Legge-quadro.

Questi condizionamenti sono stati riferiti ad una serie di determinanti causali ed in particolare:

1. al caos legislativo che, ancor oggi, fraziona nel nostro Paese la disabilità in molte e bizzarre variabili categoriali variamente identificate, spesso tautologicamente e confusamente, negli invalidi, negli inabili, nei ciechi, nei sordomuti, negli handicappati, nei disabili, negli amputati, nei pluri-amputati, nei non autosufficienti, nei sordo-ciechi, negli invalidi del lavoro, negli invalidi di guerra, negli invalidi per causa di servizio, ecc.<sup>28</sup>;
2. alle incertezze definitorie della Legge n. 104/1992 che fraziona l' handicap in alcune sotto-variabili tassonomiche non sempre facilmente interpretabili e che sembra

---

<sup>28</sup> Cembrani F., in Atti del Convegno nazionale *“La società di tutti. Nuove politiche per la famiglia, disabili e non autosufficienti”* (Trento, 30 settembre -1 ottobre 2004), Provincia autonoma di Trento, 2005.

identificare due distinti livelli di gravità dell' handicap, la cui punta massima sembra essere rappresentata dall' handicap *di particolare gravità* (Legge n. 162/1998);

3. ai corto-circuiti interpretativi provocati da alcune deprecabili prese di posizione dei Dicasteri e, più recentemente, anche dello stesso Legislatore che hanno finito con il rafforzare la convinzione che la parola *gravità* e l' aggettivo qualificativo *grave* devono connotare le singole menomazioni in funzione: a) o della natura delle medesime; b) o, ancora, del relativo *impairment* lavorativo;
4. ai *biases* interpretativi prodotti da alcuni rigidi stereotipi mentali intrinseci alla tradizione giuridica ed alla nostra specifica formazione professionale.

Mi sono soffermato, a lungo, su questi ultimi, ritenendo che la conoscenza di quelle che ho individuato quali cause profonde (o strutturali) di tali stereotipi, possa consentirci la messa in essere di alcuni correttivi *interni* che sono del tutto necessari per completare quel percorso coraggiosamente indicato dal Legislatore nel 1992.

Le ho individuate, avvalendomi di fonti di conoscenza desunte dalla semiotica, dalla psico-linguistica e dalla psicologia cognitiva:

- a) nella selezione di alcuni *topic testuali* desunti dalla Legge n. 104/1992 che hanno negativamente condizionato l' interpretazione della medesima;
- b) nel prevalente interesse che abbiamo dato, nell' analisi interpretativa, alla definizione dell' handicap, all' individuazione della *gravità* ed alla caratterizzazione dell' intervento assistenziale in termini di *permanenza*, di *continuità* e di *globalità*, spesso dimenticando il raccordo con le finalità ed i principi generali introdotti dalla norma;
- c) nella ricerca spasmodica di analogie tra le nuove tassonomie introdotte dalla Legge-quadro e quelle più tradizionali nel tentativo di non modificare il nostro quadro categoriale di riferimento (le *directories*, le *sub-directories* ed i *files*), forti della circostanza che le *difficoltà* sembrano essere il minimo comune denominatore che collega le norme relative all' invalidità civile con quelle che definiscono l' handicap;
- d) finendo con il ricondurre l' handicap all' *impairment* lavorativo e confondendo, con un immediato automatismo valutativo, l' handicap in situazione di gravità con l' indennità di accompagnamento;
- e) individuando, dunque, la *gravità* non come attributo della situazione ma bensì come qualificazione della menomazione che della situazione è, spesso, causa e presupposto.

Mi sembra che, riguardo all' evoluzione concettuale dell' handicap, il quadro sia stato delineato in maniera sufficientemente chiara, suggerendo quali sono i possibili correttivi che possiamo realisticamente adottare nella prassi per percorrere, con umiltà e coraggio, la strada indicata dalla Legge-quadro che, riconoscendole il ruolo che le è proprio, pone la nostra Disciplina al centro degli interessi di salute delle persone più deboli.

Del tutto aperti e da chiarire restano, invece, gli ambiti entro i quali completare, secondo l' invito rivoltomi dagli Organizzatori di questo Convegno, la futura applicazione della Legge n. 104/1992 che è stata spesso individuata –in maniera, però, troppo semplicistica- nell' adozione sistematica di un idoneo strumento di valutazione dell'

handicap; strumento che è stato identificato, come tutti sappiamo, nella Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) approvata dall'Organizzazione mondiale della sanità il 22 maggio del 2001 in occasione della 54<sup>a</sup> World Health Assembly <sup>29</sup> che rappresenta, a ben vedere, un' importante evoluzione del modello concettuale del 1980 <sup>30</sup>.

Non è ho fin qui parlato perché all' analisi dell' ICF sono dedicate altre Sessioni di questo Convegno anche se, a mio modo di vedere, esiste un rischio di tutta evidenza: quello di orientare tutte le nostre energie professionali ed intellettuali su uno strumento di lavoro che non è semplice per testarne la sensibilità, la specificità, la tenuta e la trasferibilità nel campo strettamente valutativo (a giudizio di qualcuno molto dubbia <sup>31</sup>) senza, prima, aver cercato un accordo riguardo al metodo ed essere stata individuata, al contempo, la filiera della rete dei servizi che, a fronte del *funzionamento* della persona, ha la responsabilità di trasformare le nostre sintesi (la *diagnosi funzionale*, per utilizzare l' espressione utilizzata nel campo dell' avviamento lavorativo delle persone disabili) in obiettivi. Mi chiedo, in altre parole: se la *diagnosi funzionale* è in grado di produrre, utilizzando l' ICF, una notevole massa di dati che devono provenire da fonti diverse più o meno precise ed oggettive e che richiedono, oltre alla raccolta puntuale di informazioni, una serie strutturata di valutazioni, di verifiche e di prove, quale è il paradigma che dovrà orientare il nostro percorso? La verifica delle *potenzialità residue* della persona disabile o, molto più opportunamente, la pianificazione, da parte di altri soggetti istituzionali, di una serie personalizzata di obiettivi a lungo, medio e breve termine finalizzati alla piena integrazione della stessa nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società?

La risposta a questi quesiti sembra essere, evidentemente, scontata ma per far questo si pone la necessità di identificare al meglio la nostra area di responsabilità e di declinare lo statuto ontologico entro il quale dobbiamo responsabilmente collocarci; ed il cammino da percorrere, in questa direzione, non è stato ancora sviluppato secondo la prospettiva medico-legale e mi sembra del tutto difficoltoso, a fronte dell' esistenza di una serie di ambiguità e di contraddizioni aperte e non ancora risolte.

Oltre a non avere ancora raggiunto, nell' operatività, una posizione univoca sul ruolo che l' *operatore sociale* e l' *esperto* debbono avere all' interno delle Commissioni sanitarie previste dall' art. 4 della Legge-quadro, esiste, infatti, un' importante zona d' ombra che condiziona, negativamente, il nostro modo di manifestarci come professionisti nella società. Mi riferisco all' ampia difformità che esiste, nei diversi contesti territoriali, nel qualificare l' handicap e nel raccordarlo con le finalità ed i principi generali della norma, entrando nel dettaglio dei benefici e delle agevolazioni assistenziali previste dalla Legge-quadro. In alcuni contesti territoriali si procede al mero riconoscimento certificativo dell' handicap (molto spesso sulla sola base documentale e senza analizzare il contesto sociale in cui la persona vive, il documento "*dirimente*" essendo rappresentato dal riconoscimento della invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo), lasciando per così dire al cittadino il compito di azionare, a cascata ed in successione, i diversi benefici assistenziali previsti attivando i Servizi che sono tenuti alla loro erogazione; in altri contesti tali Servizi

---

<sup>29</sup> Cingolani M., *La classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF)*, in (a cura di Cembrani F.) *Disabilità e libertà dal bisogno. L' anagrafe dell' handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erickson Editore, Trento, 2005.

<sup>30</sup> In questa classificazione non è più presente il termine di *disabilità* ed il termine *handicap* che sono stati sostituiti da due termini positivi: l' *attività* e la *partecipazione sociale* con un giusto peso attribuito ai fattori contestuali, sia *ambientali* che *personali*.

<sup>31</sup> Ianes D., *La diagnosi funzionale secondo l' ICF. Il modello OMS, le aree e gli strumenti*, Erickson Editore, Trento, 2004.

effettuano un secondo accertamento valutativo, con modalità e metodi assolutamente differenziati, alla stregua di quanto avviene per la concessione dei benefici previsti dall' art. 33, comma 3, della Legge-quadro (diritto a tre giorni di permesso mensile retribuito per chi *"assiste una persona con handicap in situazione di gravità parente o affine entro il terzo grado"*) stante la necessità di dimostrare la *"continuità"* e l' *"esclusività"* dell' assistenza; in altri, infine, si valuta l' handicap connotandolo in relazione non solo alle menomazioni ma valutando il funzionamento della persona come la risultante di una complessa inter-connessione tra i diversi fattori di tipo biologico, ambientale e personale e si entra poi nel merito dei benefici assistenziali e/o delle agevolazioni richieste (direttamente dall' interessato o da terzi) che devono rispondere alle finalità ed ai principi generali individuati dagli artt. 1 e 2 della legge n. 104/1992.

Questo diverso modo di operare –che sostiene la dis-eguità nell' accesso alle prestazioni- riflette la mancanza di un paradigma entro il quale la Medicina legale pubblica deve sapersi responsabilmente collocare e ci invita, ancora una volta, a riflettere sul ruolo che la nostra Disciplina deve avere, oggi, all' interno delle organizzazioni sanitarie: ruolo diverso che, per alcuni, è di assoluta terzietà rispetto alle parti ed agli interessi legittimi in gioco mentre, per altri, è quello di tutela solidaristica della salute che deve realizzarsi con particolare attenzione rispetto alle persone più deboli e più fragili .

A me pare che la strada su cui dobbiamo incamminarci non è più quella della terzietà e che è del tutto necessario imboccare, non abdicando al nostro ruolo ed al nostro sapere, un percorso nuovo che ci motiva ad assumere un ruolo diverso rispetto a quello tradizionale ed a manifestare la nostra presenza non più in maniera autoritaria ma autorevole, non più con modalità auto-referenziate ma bensì condivise, non più come semplici distributori di operazioni ancorchè formalmente ineccepibili ma con una forte tensione morale a quelle che sono le esigenze della persona; ri-umanizzando, per così dire, il nostro sapere che, incline a quelle che sono le forti esigenze di giustizia della pratica forense, non ha ancora acquistato piena dimestichezza con il territorio e con le esigenze di salute delle persone, che ha esasperato il tecnicismo orientato a produrre operazioni (non prestazioni) esponendoci al rischio di *"operare senza fare"*, di fungere, a seconda delle circostanze storiche, da *"ammortizzatori sociali"* e/o da *"contenitori della spesa pubblica"* ponendo in second' ordine la tutela solidaristica della salute ed i bisogni che esprimono i soggetti deboli e fragili.

Il connotato che, a mio modo di vedere, non abbiamo ancora acquisito e che è fondamentale per un sapere pratico quale è il nostro è la libertà: il medico legale che accetta di consegnarsi ad una razionalità puramente tecnica e che usa le norme senza saperle interpretare correttamente nell' interesse di salute delle persone è come se accettasse di operare attraverso condotte pre-ordinate, come le lavatrici attraverso i programmi pre-impostati di lavaggio, riducendo al minimo il suo grado di libertà. Tra quella che è stata definita *"la gabbia"* (la regolazione in cui la prassi è astrattamente predeterminata dalle norme) e *"l' acqua"* (la de-regolazione in cui la prassi diventa arbitrio, carità sociale, improvvisazione) si deve collocare l' organizzazione responsabile della prassi <sup>32</sup>: un qualcosa in cui i compiti e gli ambiti di intervento dei singoli professionisti non sono astrattamente pre-determinati ma bensì integrati rispetto ad obiettivi condivisi, nel tentativo di rendere appropriate (e, dunque, coerenti) le norme con le necessità della comunità, facendo progredire la scienza nell' interesse delle persone.

Qualunque scienza, scrive molto acutamente De Mauro <sup>33</sup>, non è un insieme di nozioni acquisite, un formulario ma è una lingua: un insieme, cioè, di forme e di regole che

---

<sup>32</sup> Cavicchi I., *Salute e federalismo. Forma e contenuti dell' emancipazione*, Bollati Boringhieri, Milano, 2001.

<sup>33</sup> De Mauro T., *Capire le parole*, Laterza Editore, Bari, 2002.

vivono nel tempo, in un certo tempo, per una massa parlante, anche in funzione della sua comprensibilità (*readibility*).

La scienza -e la medicina legale non può assolutamente essere avulsa da questo processo- deve essere, dunque, una cultura che si occupa del reale, è un linguaggio che non fotocopie il reale così come è oppure passivamente ma raccorda la realtà al nostro modo di pensarla, di comprenderla e di interpretarla; ed è un nostro preciso dovere il rappresentare -interpretandole e non usandole- le norme e le regole, assumendoci la responsabilità di utilizzarle, con equità e giustizia (non carità) sociale, nell' interesse prioritario di chi accede motivatamente ai nostri Servizi se il nostro statuto ontologico, condiviso dal contesto sociale entro cui collochiamo e che ci legittima, è quello di essere dei professionisti che operano perseguendo la tutela solidaristica della salute nell' interesse, costituzionalmente garantito (art. 32), del singolo e dell' intera collettività.