

Carta dei



DIRITTI

dei malati di Fibrosi Cistica

a cura dell'Assistente Sociale Vanessa Cori



LEGA ITALIANA FIBROSI CISTICA - ONLUS

PREFAZIONE

Nel presentare il compendio di leggi voluto ed edito dalla Lega Italiana Fibrosi Cistica - Onlus, vedo scorrere le immagini di quel grande passato dell'ANMIC, a cui ho avuto l'onore di partecipare come protagonista, per ottenere ed offrire a tutti coloro che ne avevano bisogno, quegli strumenti atti ad alleviare le difficoltà e le sofferenze di chi era afflitto da una patologia invalidante.

Il testo, che si rivolge a tutti coloro che hanno necessità di prevenire e di curare la fibrosi cistica, contiene infatti tutta la normativa ad hoc necessaria per poter anche capire quali siano i diritti ed i benefici di cui si è titolari, in presenza di tale handicap.

Infatti, l'ANMIC, Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili, da sempre, è stata molto vicina alla Lega Italiana Fibrosi Cistica – Onlus, che è nostra aderente, per cui è con vero orgoglio che vedo ora realizzarsi l'azione di rivendicazione pluriennale con questa pietra miliare che segna un punto fermo nella lotta alla fibrosi cistica che affligge molti giovani e non.

Da ora in poi si potrà partire dalla certezza dell'acquisito con giusta rivendicazione e nel profondo ossequio delle leggi emanate!

*Giovanni Pagano
Presidente Nazionale ANMIC*

PRESENTAZIONE

La materia dell'invalidità è regolata da una normativa che determina dubbi interpretativi e notevoli incertezze applicative che si riflettono negativamente sul sistema di accertamento sanitario dell'invalidità, su quello del riconoscimento delle connesse provvidenze economiche e su tutti gli altri aspetti della protezione sociale. La cronaca degli ultimi tempi ha messo in evidenza le difformità dei criteri seguiti dai diversi organi sanitari, causa principale del fenomeno dei "falsi invalidi" e delle sperequazioni che si verificano non soltanto per i malati di Fibrosi Cistica residenti in regioni diverse, ma anche tra quelli della medesima città o addirittura della stessa Asl.

Ad accrescere l'incertezza e il disorientamento è il susseguirsi, in rapida successione, di leggi, regolamenti e atti normativi che modificano le norme precedenti andate in vigore fino a poco prima.

Riteniamo pertanto che sia di grande utilità l'esposizione ordinata della materia sulla base della legislazione ora in vigore. A questa esigenza risponde la presente "Carta dei Diritti" che, per il suo formato, ben si presta a una facile e immediata consultazione sia da parte degli operatori che affrontano quotidianamente le tematiche sollevate dai malati di fibrosi cistica, sia da parte degli stessi malati e familiari che intendono avere idee chiare e informazioni precise in materia.

Autrice del volume è l'Assistente Sociale della LIFC – dott.ssa Vanessa Cori – che lavora da circa due anni con noi e che pertanto ha acquisito un ottimo livello di preparazione sulle problematiche inerenti ai malati e la malattia; i contenuti del presente volume sono stati anche condivisi con gli Assistenti Sociali che lavorano presso i Centri Regionali FC o presso i Servizi di Supporto, fornendo un importante contributo.

Il presente volume, edizione aggiornata rispetto al libretto "La tutela dei malati di Fibrosi Cistica: quali diritti?" già edito dalla LIFC, segue il criterio metodologico già adottato nella compilazione del testo precedente, in molte parti ormai superato. Il testo odierno si apre con un'attenta disamina della L. 548/93 grazie alla quale sono stati istituiti in ogni regione i Centri Regionali di Riferimento (CRR) e grazie alla quale viene riconosciuto per un malato di fibrosi cistica il diritto alle cure, allo studio, allo sport, al lavoro.

Questa nuova edizione mostra gli importanti cambiamenti che in questi ultimi anni hanno caratterizzato l'aspetto normativo e procedurale, vedi il trasferimento delle competenze all'INPS in materia di invalidità civile, o la nuova modalità di avvio della pratica d'invalidità, le novità per quanto concerne l'avvio del ricorso giurisdizionale o vedi ancora le verifiche della sussistenza dei requisiti sa-

nitari. La “Carta dei Diritti” verrà annualmente aggiornata tramite schede contenenti le eventuali novità normative che potranno essere allegate al fondo della presente pubblicazione al fine di ottenere uno strumento sempre aggiornato e funzionale.

La consultazione è notevolmente facilitata dall’indice sistematico della materia. Il volume costituisce pertanto un efficientissimo strumento di consultazione e di lavoro, che la LIFC è lieta di presentare, auspicando la massima diffusione tra i malati di FC, presso i Centri Regionali FC e Servizi di Supporto e presso tutte quelle strutture che si trovano, per diversi motivi, ad affrontare le problematiche dei pazienti con FC.

*Silvana Mattia Colombi
Vicepresidente della LIFC
Responsabile Qualità della Vita*

*La LIFC ringrazia per la collaborazione:
la SIFC e tutti gli Assistenti Sociali dei Centri FC e dei Servizi di Supporto
Il presente libretto è aggiornato ad ottobre 2012*

I N D I C E

<i>Prefazione</i>	pag.	1
<i>Presentazione</i>	»	3

CAPITOLO I - NORMATIVA SPECIFICA FC

1.1 Legge 23 dicembre 1993, n. 548 - “ <i>Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica</i> ”	»	9
1.2 Circolare Attuativa del 15 aprile 1994 - “ <i>Prime indicazioni per l’applicazione della legge 548 del 23.12.1993</i> ”	»	13
1.3 Riassumendo	»	19

CAPITOLO II - CONOSCIAMO L’INVALIDITÀ E LO STATO DI HANDICAP

2.1 Definizione di invalido civile	»	21
2.2 Il riconoscimento in gradi dell’invalidità civile	»	21
<i>Suggerimenti per il malato di FC</i>	»	23
2.3 Definizione di persona con handicap	»	23
2.4 Il riconoscimento dello stato di gravità	»	24
<i>Suggerimenti per il malato di FC</i>	»	24

CAPITOLO III - RICONOSCIMENTO DELL’INVALIDITÀ CIVILE E DELL’HANDICAP

3.1 La domanda – primi passi	»	25
3.2 L’accertamento sanitario dell’invalidità civile: la visita medica	»	26
3.3 Come ottenere l’accertamento dell’handicap – Legge 104/92	»	26
3.4 Mancata presentazione alla visita	»	27
3.5 L’esito della visita	»	27
3.6 Effetti del riconoscimento – il Verbale	»	27
3.7 Il ricorso	»	28
3.8 Richiesta di aggravamento	»	29
<i>Suggerimenti per il malato di FC</i>	»	29

CAPITOLO IV - DIRITTO ALL’ASSISTENZA ECONOMICA

4.1 Provvidenze economiche previste	»	31
4.2 Diritto alla pensione di inabilità (per gli invalidi al 100%)	»	31
4.3 Diritto all’assegno mensile di assistenza (per gli invalidi con almeno il 74%)	»	32

4.4 Assegno Ordinario di Invalidità (L. 222/84)	pag.	33
4.5 Diritto all'indennità mensile di frequenza	»	34
<i>Suggerimenti per il malato di FC</i>	»	34
4.6 Diritto all'indennità di accompagnamento	»	35
<i>Suggerimenti per il malato di FC</i>	»	35
4.7 Compimento del 18° anno di età	»	36
4.8 Chi paga la pensione, l'assegno o l'indennità	»	37
4.9 Obblighi dei pensionati	»	37
4.10 Dichiarazioni di responsabilità	»	38
<i>Suggerimenti per il malato di FC</i>	»	38
<i>Una riflessione...</i>	»	39

CAPITOLO V - DIRITTO ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE

5.1 Accesso alla libera circolazione – abbattimento delle barriere architettoniche	»	41
5.2 Circolazione e sosta dei veicoli	»	41
5.3 Contrassegno speciale (o tagliando arancione)	»	41
<i>Suggerimenti per il malato di FC</i>	»	42
5.4 Diritti sui mezzi pubblici di trasporto	»	43

CAPITOLO VI - DIRITTO ALLE AGEVOLAZIONI FISCALI

6.1 Le agevolazioni	»	45
6.2 Figli a carico	»	45
6.3 Maggiori detrazioni IRPEF per i figli portatori d'handicap	»	45
6.4 Agevolazioni IRPEF per alcune spese sanitarie e per mezzi d'ausilio	»	46
6.5 Spese sanitarie sostenute dal familiare per particolari patologie	»	48
6.6 Le agevolazioni per il settore auto	»	48
6.6.1 <i>Nozioni Generali – chi ne ha diritto</i>	»	48
6.6.2 <i>Quali veicoli</i>	»	49
6.6.3 <i>Quale documentazione presentare</i>	»	49
6.6.4 <i>Agevolazioni fiscali per l'acquisto di veicoli</i>	»	50
6.6.5 <i>Regole particolari per i disabili con ridotte o impedite capacità motorie</i>	»	52
6.7 Agevolazioni fiscali per acquisto di sussidi tecnici e informatici	»	53
6.8 IVA ridotta per ausili protesici e per lavori di abbattimento delle barriere architettoniche	»	54
6.9 Eliminazione delle barriere architettoniche	»	54
6.10 Eredità e donazioni a favore del disabile grave	»	55

CAPITOLO VII - DIRITTO AI SERVIZI SOCIALI

7.1 Cosa sono i servizi sociali	pag.	57
7.2 Prestazioni economiche	»	57
7.3 Altri servizi sociali	»	58
7.4 Calcolo della situazione economica: il modello I.S.E.E.	»	58
7.5 Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali	»	60
7.6 Carta dei servizi sociali	»	60
7.7 Titoli per l'acquisto di servizi sociali	»	61
7.8 L'amministratore di sostegno	»	62

CAPITOLO VIII - DIRITTO AI PERMESSI PARENTALI PER FIGLI E FAMILIARI DI DISABILI

8.1 Premessa	»	63
8.2 I permessi lavorativi	»	63
8.3 A quali condizioni	»	65
8.4 In caso di ricovero: permessi si - permessi no	»	66
8.5 Quali effetti sul rapporto di lavoro	»	66
8.6 Prolungamento del congedo parentale	»	67
8.7 Congedo straordinario per l'assistenza al figlio handicappato	»	68
8.8 Il referente unico	»	70
8.9 Diritto alla scelta della sede di lavoro	»	71

CAPITOLO IX - DIRITTO AL COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO AL LAVORO

9.1 La riduzione della capacità lavorativa	»	73
9.2 Il collocamento obbligatorio dei disabili	»	73
9.3 Verifica delle capacità lavorative residue	»	73
9.4 A chi spetta	»	74
9.5 Collocamento mirato	»	74
9.6 Che fare	»	75
9.7 La graduatoria	»	76
9.8 Controllo della permanenza dello stato invalidante	»	77
9.9 Comitato tecnico	»	77
9.10 Diritto alla formazione professionale	»	77
9.11 Corsi formativi	»	78
9.12 Riqualificazione professionale	»	78
9.13 Avviamento al lavoro e tirocini formativi	»	78
9.14 Diritto alla maggiorazione del servizio pensionabile	»	78
9.15 Diritti dei disabili assunti	»	79
9.16 Lavoro compatibile	»	79

9.17 Cessazione del rapporto di lavoro	pag.	80
9.18 Divieto di licenziamento	»	80
<i>Alcune Novità previste per il 2013</i>	»	81
<i>Iter di presentazione della domanda di invalidità</i>	»	83
<i>Iter per il ricorso</i>	»	84
<i>Alcune scadenze e relativi costi da ricordare</i>	»	85
<i>I Modelli INPS da inviare</i>	»	86
<i>Un breve estratto dal Decreto Ministeriale 5 febbraio 1992</i>	»	87

CAPITOLO I NORMATIVA SPECIFICA FC

1.1 Legge 23 dicembre 1993, n. 548.

“Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica”

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

Art. 1

Prevenzione della Fibrosi Cistica

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, progetti-obiettivo, azioni programmate ed altre iniziative diretti a fronteggiare la fibrosi cistica, da considerarsi malattia di alto interesse sociale.
2. Gli interventi regionali di cui al comma 1 sono rivolti:
 - a. alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce e prenatale della fibrosi cistica;
 - b. alla cura e alla riabilitazione dei malati di fibrosi cistica, provvedendo anche alla fornitura a domicilio delle apparecchiature, degli ausili e dei presidi sanitari necessari per il trattamento complessivo.
 - c. ad agevolare l'inserimento sociale, scolastico, lavorativo e sportivo dei malati di fibrosi cistica;
 - d. a favorire l'educazione e l'informazione sanitaria del cittadino malato, dei suoi familiari, nonché della popolazione, con riferimento alla cura ed alla prevenzione della fibrosi cistica;
 - e. a provvedere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale socio sanitario addetto;
 - f. a promuovere programmi di ricerca atti a migliorare le conoscenze cliniche e di base della malattia per aggiornare la possibilità di prevenzione, nonché la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione.

Art. 2

Interventi preventivi

1. Ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce della fibrosi cistica e delle sue complicanze, le regioni indicano alle unità sanitarie locali, tenuto conto dei criteri e metodologie stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentito l'Istituto Superiore di Sanità, gli interventi operativi più idonei per:

- a. individuare le fasce di popolazione portatrici asintomatiche con rischio di trasmettere la malattia;
- b. adottare strategie di diagnosi precoce in tutti i nati;
- c. programmare gli interventi sanitari conseguenti alle attività di cui alle lettere a) e b).

Art. 3

Obblighi delle Regioni

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano tramite le unità sanitarie locali provvedono a ***fornire gratuitamente il materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario per l'aerosolterapia anche ultrasonica, l'ossigenoterapia, l'antibioticoterapia, la fisiochinesiterapia e la riabilitazione, la terapia nutrizionale enterale e parenterale e quanto altro ritenuto essenziale per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di fibrosi cistica. I farmaci, i supplementi nutrizionali, i presidi sanitari e le apparecchiature di terapia e riabilitazione sono forniti ai pazienti direttamente dalle unità sanitarie locali di residenza su prescrizione di un centro*** di cui al comma 2.
2. Le regioni istituiscono, a livello ospedaliero o universitario, un centro regionale specializzato di riferimento con funzioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione dei malati, di orientamento e coordinamento delle attività sanitarie, sociali, formative ed informative e, dove ne esistano le condizioni adeguate, di ricerca sulla fibrosi cistica, per le finalità di cui all'art. 1. Le regioni con popolazione inferiore a un milione e cinquecentomila abitanti, per ragioni di efficienza, qualificazione ed economia di risorse possono costituire un consorzio con regioni limitrofe per l'istituzione del centro specializzato di riferimento.
3. Le regioni predispongono interventi per l'istituzione del Centro di cui al comma 2, con riferimento agli indirizzi del piano sanitario nazionale, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.
4. Le regioni assicurano al centro di cui al comma 2 strutture, personale e attrezzature adeguati alla consistenza numerica dei pazienti assistiti e della popolazione residente, sulla base di valutazioni epidemiologiche e delle funzioni di cui al medesimo comma 2.
5. Il centro di cui al comma 2 può valersi del supporto assistenziale di servizi ospedalieri o territoriali da esso individuati nell'ambito della regione o delle regioni consorziate; esso coordina le funzioni e le attività dei servizi di supporto inerenti l'assistenza ai malati di fibrosi cistica sulla base di piani e protocolli unitari.
6. Al centro di cui al comma 2 competono anche le funzioni di diagnosi, cura e assistenza nonché le funzioni previste dall'art. 5 della legge 16 marzo 1987, n. 115, per i malati di fibrosi cistica e diabete.

7. Le regioni predispongono specifici stanziamenti per promuovere e sostenere le attività di ricerca rivolte alla prevenzione e alla cura della fibrosi cistica, laddove esistano centri o condizioni adeguati per lo svolgimento di tale tipo di ricerca.
8. Le regioni assicurano l'eventuale trapianto di organi ed il servizio di trasporto immediato, anche aereo, per tale trapianto, senza alcun onere per il paziente e per la sua famiglia, indipendentemente dal reddito.

Art. 4

Tessera personale

1. Al cittadino affetto da fibrosi cistica è rilasciata, dal centro di cui al comma 2 dell'articolo 3, una tessera personale che attesta l'esistenza della malattia. Il modello della tessera deve corrispondere alle indicazioni stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
2. La tessera di cui al comma 1 riporta, nella forma più adeguata per una lettura automatizzata, le patologie e le complicanze correlate alla malattia di base; qualora il malato sia affetto da diabete secondario a fibrosi cistica, tale tessera è sostitutiva di quella prevista per i diabetici dell'articolo 4 della legge 16 marzo 1987, n. 115.
3. I cittadini muniti della tessera personale di cui al comma 1 hanno diritto alle prestazioni previste dal comma 1 dell'articolo 3.
4. In via transitoria, fino al rilascio della tessera personale di cui al comma 1, la tessera è sostituita da certificazione rilasciata da un centro di cui al comma 2 dell'articolo 3.

Art. 5

Assistenza ospedaliera e domiciliare

1. ***I centri di cui al comma 2 dell'articolo 3 provvedono alla cura e alla riabilitazione dei malati di fibrosi cistica sia in regime ospedaliero, sia in regime ambulatoriale e di day hospital, sia a domicilio.***
2. ***Le cure a domicilio sono assicurate in regime di ospedalizzazione domiciliare continuativa***, su richiesta del paziente o del suo tutore, con la collaborazione del medico di libera scelta e con il sostegno di personale medico, infermieristico e riabilitativo, nonché di personale operante nel campo dell'assistenza sociale, adeguatamente preparato dai centri di cui al comma 2 dell'art. 3.
3. Al fine di facilitare il trattamento di cura e di riabilitazione ***è consentita per la terapia della fibrosi cistica la prescrizione multipla di farmaci*** di cui all'articolo 1, comma 9, della legge 1° febbraio 1989, n. 37.

Art. 6

Educazione sanitaria

1. Le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria in materia di fibrosi cistica rivolte alla globalità della popolazione, in collaborazione con i centri di cui al comma 2 dell'articolo 3.

Art. 7

Attività sportive

1. ***La fibrosi cistica non costituisce motivo ostativo alla concessione dell'idoneità fisica*** per lo svolgimento di attività sportive.
2. I protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica sono definiti dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 23 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Art. 8

Servizio militare e servizi sostitutivi

1. I cittadini affetti da fibrosi cistica sono esonerati dal servizio militare e dai servizi sostitutivi di esso.
2. Per l'esenzione di cui al comma 1 fa fede la certificazione di malattia redatta da un centro di cui al comma 2 dell'articolo 3 o da una struttura ospedaliera o universitaria coordinata dal centro stesso ai sensi del comma 5 dell'articolo 3.

Art. 9

Associazioni di volontariato

1. Per il raggiungimento delle finalità di cui alla presente legge, i centri di cui al comma 2 dell'articolo 3 e le unità sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e del sostegno delle associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dalla legge 11 agosto 1991, n. 266.

Art. 10

Entrata in vigore e copertura finanziaria

1. La presente legge entra in vigore il 1° gennaio 1994.
2. L'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in lire 15 miliardi per l'anno 1994 e in lire 10 miliardi per ciascuno degli anni 1995 e 1996, è a carico dello stanziamento di bilancio relativo al Fondo sanitario nazionale di parte corrente iscritto nell'apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero del tesoro per il 1994 e corrispondenti capitoli per gli anni successivi.
3. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. I finanziamenti sono ripartiti in base alla consistenza numerica dei pazienti assistiti nelle singole regioni, alla popolazione residente, nonché alle documentate funzioni dei centri ivi istituiti, tenuto conto delle attività specifiche di prevenzione e, dove attuata e attuabile, di ricerca.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 23 dicembre 1993

SCALFARO

Ciampi, Presidente del Consiglio dei Ministri

1.2 Circolare Attuativa del 15 aprile 1994

Prot. 500.4/D M. 1 - 407

Ministero della sanità

Lettera circolare

Agli Assessorati alla Sanità

delle Regioni a statuto ordinario e speciale
e delle Province autonome di Trento e Bolzano

OGGETTO: Prime indicazioni per l'applicazione della legge 548 del 23.12.1993

“Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica”.

[vengono evidenziati in neretto le parti della Circolare più importanti ai fini dei diritti e dei servizi offerti al malato].

Principi ispiratori ed obiettivi fondamentali della legge

La legge in oggetto intende coprire un'area particolare del bisogno di salute, relativa ad una malattia genetica, la fibrosi cistica, di considerevole rilevanza sociale, per la sua incidenza, per la sua gravità, per la complessità di manifestazioni cliniche e di bisogni di cure, per gli elevati costi assistenziali ed i complessi bisogni organizzativi, ed infine per la necessità d'investimenti di ricerca scientifica qualificata.

La legge è volta principalmente a:

- mettere in atto provvedimenti di prevenzione, basati essenzialmente su programmi di screening dei portatori sani, programmi di diagnosi precoce diffusa e programmi di informazione;
- educazione sanitaria;

- organizzare in maniera coordinata e omogenea su base regionale gli interventi preventivi nonché quelli curativi e riabilitativi dei soggetti affetti, affidando tali compiti ad un Centro di diagnosi, cura e coordinamento organizzato per ciascuna Regione (o per consorzi di Regioni), a garanzia della necessaria qualificazione delle competenze e del razionale impiego delle risorse, nonché dell'omogeneità di indirizzi terapeutici per una patologia il cui trattamento è molto complesso e molto costoso, in gran parte ancora sperimentale ed in continua evoluzione;
- **assicurare ai pazienti la completa gratuità dei farmaci e di ogni altro mezzo terapeutico necessario per le cure domiciliari**, offrendo a tale scopo al malato la possibilità di utilizzare il regime di “ospedalizzazione domiciliare continuativa”;
- **promuovere una presenza assistenziale di operatori competenti e bene addestrati presso il domicilio dei pazienti, quando necessario, valorizzando con modalità nuove i servizi territoriali ed i medici di famiglia**;
- sollecitare e sostenere programmi di ricerca rivolti alla conoscenza del difetto di base, alla prevenzione ed alla cura della malattia con una sorveglianza rigorosa da parte delle Regioni sulla adeguatezza delle condizioni necessarie agli investimenti di risorse pubbliche finalizzati a tali attività;
- **agevolare l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei pazienti**.

Indicazioni sull'erogazione gratuita dei farmaci, nutrienti, apparecchiature e materiale sanitario vario.

Il comma 1 dell'art. 3 della legge stabilisce che **tutto quanto è necessario per le cure domiciliari** (incluse apparecchiature di cure e riabilitazione, materiale sanitario vario per medicazioni, fleboclisi, etc.) **di un paziente affetto da fibrosi cistica, purché documentato e prescritto da un Centro Regionale di riferimento venga fornito al soggetto affetto, senza partecipazione di spesa**. La prescrizione potrà essere fatta anche da un servizio di supporto ospedaliero o territoriale individuato dal Centro (art 3, comma 5) ed in ciò espressamente e formalmente autorizzato dal Centro stesso.

Avrà diritto a tali prescrizioni il cittadino che sarà munito di apposita tessera personale (art. 4 - comma 3) o, invia transitoria, fino ad emanazione dello specifico decreto del Ministero della Sanità, di certificazione sostitutiva rilasciata da un centro Regionale di riferimento (art. 4 - comma 4).

L'erogazione del materiale necessario viene fatta direttamente dall'Unità Sanitaria Locale di residenza del paziente. Si raccomanda a tale scopo che **l'erogazione venga fatta dalla farmacia o dalle farmacie ospedaliere di quella Unità Sanitaria**: tale modalità di erogazione si è rivelata assai efficace, perché consente sviluppo di competenze per una gestione particolarmente delicata e

complessa delle cure; si è rivelata inoltre altamente economica (per i farmaci, supplementi nutritivi e materiale sanitario il risparmio è in media del 50% rispetto ai costi attuali) nell'esperienza di quelle Regioni che l' hanno adottata da tempo.

La consegna dei farmaci e del materiale può essere fatta oltre che dalla stessa farmacia ospedaliera anche tramite un servizio della USL che risulti essere il più vicino possibile al domicilio del paziente.

I pazienti potranno ricevere direttamente da qualunque Centro specializzato di riferimento, anche di Regione diversa da quella di residenza, farmaci per situazioni di emergenza, valutate come tali da quel Centro, su presentazione della tessera personale di cui all'art. 4.

Per quanto concerne i farmaci si intende che sono prescrivibili ed erogabili tutti quelli ritenuti necessari alle cure del paziente connesse alla specifica patologia, a giudizio responsabile di un Centro regionale di riferimento o dei servizi di supporto assistenziale ospedaliero o territoriale da esso coordinati come prescrive la legge (art 3, comma 5).

Per il paziente che lo richieda verrà formalizzato il regime di "ospedalizzazione domiciliare continuativa" (art. 5, comma 2): s'intende che il Centro Regionale di riferimento, eventualmente in collaborazione con una struttura periferica da esso coordinata, secondo modalità che il Centro stesso individuerà, deve tenere aperta per quel paziente una apposita cartella clinica di "ospedalizzazione domiciliare continuativa".

Il paziente che non intendesse valersi di questa procedura di erogazione ***potrà comunque ottenere la prescrizione dal Centro o dal Medico di famiglia secondo il sistema di ricetta corrente: egli potrà per questo valersi delle facilitazioni di spesa previste dall'art. 8 della legge n 537/93, per i farmaci specifici indicati per la fibrosi cistica; potrà anche valersi della prescrizione multipla dei farmaci (art. 5, comma 3 della legge 548).***

Erogazione di prestazioni diagnostiche

La legge non fa esplicito riferimento ad esami clinici ma si intende che ***le procedure diagnostiche necessarie, se eseguite in regime di ricovero ordinario o di ricovero giornaliero (day-hospital), sono esenti da partecipazione di spesa da parte dei cittadini affetti dalla malattia.*** Esse sono da considerarsi gratuite anche se eseguite in regime di "ospedalizzazione domiciliare continuativa", perché prescritte da un Centro Regionale di riferimento, eventualmente in collaborazione con strutture periferiche coordinate dal Centro stesso.

Saranno esenti da partecipazione della spesa anche il test del sudore per qualunque cittadino purché eseguito presso i Centri regionali specializzati o presso laboratori da essi autorizzati e che abbiano avuto dalla Regione una omologazione.

Istituzione dei Centri Regionali specializzati di riferimento

Ogni Regione istituirà un Centro specializzato di riferimento (art. 3, comma 2). Le Regioni e le Province Autonome con popolazione residente inferiore ad un milione e cinquecentomila abitanti, si consorzieranno con una Regione vicina per condividere un unico Centro di riferimento con evidente maggior qualificazione e aggregazione di competenze, congiunta ad economia di risorse.

Le Regioni dovranno provvedere urgentemente all'istituzione del Centro di riferimento perché da questo atto derivano una serie di operazioni di applicazione della presente legge.

Tuttavia, in via transitoria, fino all'istituzione formale dei Centri Regionali, gli atti prescrittivi e le certificazioni potranno essere legittimamente attuati dai centri o servizi specializzati, già di fatto operanti, e che vengano riconosciuti competenti per la diagnosi e la cura della fibrosi cistica dalle Regioni.

È da sottolineare che **il Centro regionale può valersi per le cure domiciliari, del supporto assistenziale dei servizi ospedalieri e territoriali da esso individuati** (art. 3, comma 5), ma la legge raccomanda anche la collaborazione del medico di libera scelta (art. 5, comma 2) con cui il Centro di riferimento dovrebbe stabilire un rapporto, privilegiato di consultazione, formazione, sostegno, al fine di attuare una presa "in carico" efficace e continuativa del paziente affetto da fibrosi cistica. Vi è implicita in questi passaggi la raccomandazione di attivare competenze professionali disponibili vicino al domicilio del paziente utilizzando personale già esistente, che potrebbe essere efficacemente orientato ed addestrato per questi compiti ed in ciò appare chiaro che il Centro Regionale di riferimento ha compiti fondamentali di orientamento e coordinamento (art.3, comma 2) e naturalmente di formazione ed addestramento del personale (art. 5, comma 2).

I Servizi ospedalieri e territoriali individuati dal Centro per una collaborazione assistenziale periferica, saranno coordinati dal Centro stesso per le attività assistenziali concernenti i malati di fibrosi cistica.

Le Regioni debbono peraltro mettere i Centri istituiti in condizioni di rispondere ai compiti definiti dalla legge assicurando strutture, attrezzature e personale adeguato (art. 3 comma 4) nei limiti delle risorse a disposizione, e tenendo conto che le attività di ricovero di questi Centri hanno mediamente caratteristiche di trattamento semintensivo.

Si raccomanda che il Centro venga istituito preferibilmente presso una struttura clinica Universitaria o un Ospedale che già disponga di qualificati servizi, soprattutto di laboratorio generale, laboratorio microbiologico, di radiodiagnostica, di anestesia e rianimazione, di riabilitazione, di otoiatria e di ginecologia e che abbia possibilmente già una esperienza consolidata nel campo della fibrosi cistica; nelle Regioni in cui vi sia già più di una struttura con esperienza nel campo dell'assistenza ai malati di fibrosi cistica, una volta scelto il Centro di riferimento, biso-

gnerà valorizzare le competenze dell'altra o delle altre strutture, che potranno fungere da Servizio ospedaliero collaborante secondo modalità da individuare nelle diverse realtà regionali.

In circostanze di tipo particolare, nelle Regioni ove effettivamente, all'atto della promulgazione della legge, esisteva da molto tempo una forte concentrazione di pazienti in più di una struttura ospedaliera o universitaria, le Regioni dovrebbero trovare soluzioni che salvaguardino il principio della continuità assistenziale in tutte le strutture preesistenti creando integrazioni privilegiate tra il Centro di riferimento unico e questa o queste strutture preesistenti che dovranno continuare a gestire in proprio l'assistenza, la prescrizione dei farmaci, l'erogazione delle prestazioni diagnostiche e l'ospedalizzazione domiciliare continuativa, evitando quindi che i pazienti siano costretti a trasferirsi nel Centro di riferimento; va da sé che queste soluzioni vanno considerate eccezionali, nel caso che non vi siano soluzioni alternative; non devono comportare alcuno spreco di risorse, e non devono in nessun modo essere attuate nel caso di strutture istituite dopo la promulgazione della legge o anche soltanto istituite in tempi recenti e mancanti di una sufficiente esperienza professionale del problema. Ciò anche al fine di scoraggiare nel modo più netto la proliferazione utilitaristica di Centri che va in tutti i modi evitata, perché comunque altererebbe lo spirito oltreché la lettera della legge.

Si raccomanda che, compatibilmente con le risorse a disposizione delle Regioni:

- il settore delle degenze del Centro comprenda stanze singole di ricovero per un paziente e familiare, con possibilità di isolamento per singole stanze (onde evitare infezioni o colonizzazioni croniche da parte di batteri antibioticoresistenti e rendere comunque ragionevolmente vivibile la necessità dell'ospedalizzazione) e possa offrire un servizio dietetico adeguato;
- il settore di day-hospital consenta una gestione efficiente e molto disponibile del servizio per pazienti con fibrosi cistica e sia adeguatamente attrezzato per controlli routinari e prestazioni di cura;
- sia assicurata alle degenze l'erogazione continua di ossigeno;
- siano assicurate attrezzature per analisi e monitoraggio della funzione respiratoria, per nutrizione artificiale ed infusione venosa controllata;
- nel caso che il Centro si trovi ad assistere una quota consistente di malati adulti, si strutturi presso il Centro una specifica sezione per adulti;
- i Centri con un consistente numero di assistiti abbiano un efficace continuo collegamento con strutture adeguate di chirurgia toracica, endoscopia digestiva e respiratoria e per i minori di chirurgia pediatrica;
- i Centri con più di 250 assistiti siano individuati come sede di funzioni didattiche rivolte alla formazione specializzata di operatori sanitari nel campo della fibrosi cistica.

Si raccomanda che nei Centri il personale, oltre naturalmente ai medici e agli infermieri professionali, comprenda terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, psicologi e dietisti.

Promozione a sostegno di attività di ricerca

Poiché la fibrosi cistica ha prospettive di prevenzione e di cura fortemente dipendenti dai risultati della specifica ricerca scientifica è importante investire risorse in questa direzione.

La legge è chiaramente orientativa in questo (art. 1, comma 2/F; art. 3, comma 7). Le Regioni dovrebbero predisporre specifici finanziamenti a tale scopo, con riferimento parziale anche a quote che derivano dal bilancio generale dello Stato grazie alla presente legge ed è fatta loro raccomandazione di sorvegliare sull'utilizzo di tali stanziamenti, onde evitare dispersione e frammentazione di risorse: è conveniente che tali risorse vengano concentrate su pochi selezionati programmi, anche collaborativi, e solo su strutture qualificate ben selezionate.

Alcune attività di ricerca possono competere direttamente ai Centri regionali specializzati, qualora questi dimostrino di disporre di competenza, tradizione e condizioni adeguate per svolgere in maniera qualificata tali attività (art 3, comma 2 e 7).

Esonero dall'obbligo del Servizio Militare e dei Servizi Sostitutivi

L'esonero previsto dall'art. 8, comma 1 viene ottenuto dal paziente semplicemente presentando la certificazione indicata al comma 2 dello stesso articolo al Distretto Militare competente, al ricevimento dell'avviso di precetto per la visita di leva.

Inserimento nel lavoro

Questo è un problema di particolare rilevanza ed impellenza per i malati di fibrosi cistica che generalmente hanno capacità produttive e progettuali e che proprio nella possibilità di inserirsi nel mondo del lavoro trovano elemento fondamentale di stimolo vitale e di motivazione alle cure.

Le Regioni, in collaborazione con i Centri regionali, dovrebbero attivare quelle iniziative, in conformità anche con le leggi sull'handicap, rivolte a privilegiare la possibilità di lavoro strutturato per questi pazienti.

Interventi preventivi

Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96 ha, tra i suoi progetti-obiettivi, la tutela materno infantile che contempla, nella strategia di intervento, anche la prevenzione ed il controllo delle patologie genetiche, istituendo servizi, idoneamente distribuiti sul territorio nazionale, in grado di garantire globalità e continuità di cura per le patologie croniche.

Ne consegue la particolare attenzione che i Centri regionali di riferimento dovranno porre nel dare la più ampia disponibilità di consulenza genetica e, quindi di diagnosi del portatore per i familiari ed i pazienti dei malati di fibrosi cistica, con il supporto dei mezzi oggi a disposizione presso laboratori di analisi di genetica molecolare.

Nel contempo sono auspicabili seri studi pilota per lo screening genetico prenatale, anche se si ha consapevolezza che, a causa della larga gamma di mutazioni del gene della fibrosi cistica, lo screening del portatore rimane al momento problematico e comunque ancora materia di studio e di ricerca.

Per quanto concerne la diagnosi precoce della malattia si riconosce che lo screening neonatale di massa ha oggi ancora valenze sperimentali: sembra pertanto ragionevole l'applicazione di un tale programma di screening quando vi sia congiuntamente un programma ben organizzato e ben controllato di assistenza, di consulenza genetica e di sperimentazione di particolari strategie terapeutiche, e quando vi sia la possibilità di intervenire con un unico programma, coordinato da un Centro regionale per la fibrosi cistica basato su una popolazione non inferiore a 40-50 mila neonati per anno. Un tale programma dovrebbe contenere al massimo i risultati falsi positivi, mettendo in atto accorgimenti tempestivi per supportare l'inevitabile ansia che questi creano nelle famiglie.

Rimane fortemente raccomandata la diagnosi precoce per sintomi, che va promossa attraverso campagne di diffusa sensibilizzazione degli operatori sanitari delle Regioni ed attraverso l'impiego facilitato del test del sudore.

1.3 Riassumendo

- le Regioni con meno di 1.500.000 abitanti possono consorziarsi con regioni limitrofe per l'istituzione del centro specializzato di riferimento;
- i centri provvedono alla cura e alla riabilitazione dei malati di fibrosi cistica sia in regime ospedaliero che ambulatoriale, sia in day-hospital che a domicilio;
- le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali devono assicurare ai pazienti la completa gratuità dei farmaci e di ogni altro mezzo terapeutico necessario per le cure domiciliari;
- i pazienti possono ricevere da qualunque Centro specializzato di riferimento, anche di Regione diversa da quella di residenza, farmaci per situazioni di emergenza, valutate come tali da quel Centro;
- la legge sottolinea che l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei pazienti deve essere agevolato.

CAPITOLO II CONOSCIAMO L'INVALIDITÀ E LO STATO DI HANDICAP

2.1 Definizione di invalido civile

La legge definisce invalido civile il cittadino che per menomazioni congenite o acquisite, fisiche o psichiche, abbia subito una riduzione permanente della capacità lavorativa di almeno un terzo.

In questo senso, un malato di Fibrosi Cistica può essere considerato un invalido civile.

Rientrano nella nozione di invalidità civile tutte le menomazioni di cui una persona può essere portatrice, fatta eccezione per quelle menomazioni che sono state causate dalla guerra, dal lavoro o dal servizio.

Il *dovere di solidarietà* sancito dalla Costituzione, obbliga lo Stato ad assicurare ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale (art. 38).

A questo dovere si richiamano tutte le leggi che prevedono i diritti degli invalidi e che costituiscono *diritti di cittadinanza*.

2.2 Il riconoscimento in gradi dell'invalidità civile

L'invalidità civile con relativa riduzione della capacità lavorativa è espressa in percentuale ed è determinata in base ad apposita tabella approvata con decreto del Ministero della Salute del 5 febbraio 1992.

L'invalido civile, se riconosciuto tale dalla Commissione Medica territoriale della Asl competente per residenza, riceve un verbale-certificato attestante il suo status; per una migliore e più facile comprensione elenchiamo tutte le possibili definizioni.

⇒ INVALIDO CIVILE TRA 1/3 E 2/3 DI ETÀ COMPRESA TRA I 18 E I 65 ANNI

- *Invalidità minima di 33,33%:*

la percentuale minima prevista dalla legge è quella di un terzo, con riconoscimento, ovvero 33% della riduzione permanente della capacità lavorativa ed è necessaria per ottenere il riconoscimento della qualifica di invalido civile. Con tale percentuale (fino al 66%) l'interessato ha diritto alla fornitura gratuita delle protesi e degli altri presidi previsti dal nomenclatore-tariffario in rapporto alle singole menomazioni. Ha inoltre diritto ad ogni altro beneficio per il quale è prevista la qualifica di invalido civile, senza ulteriore specificazione.

- *Invalidità dal 46% in su:*

Se l'invalido è riconosciuto con un grado di invalidità pari o superiore al 46% può richiedere l'iscrizione nelle liste speciali dell'ufficio di collocamento al lavoro, ai fini dell'assunzione obbligatoria presso enti pubblici o privati.

- *Invalidità di almeno i 2/3 (66%):*

Se l'invalido è riconosciuto con un grado di invalidità di almeno i due terzi, cioè del 66%, ha diritto anche:

a) all'esenzione dal ticket per alcune prestazioni sanitarie (sono attualmente in corso sostanziali modifiche);

b) all'esenzione dalle tasse scolastiche e universitarie, a condizione che appartenga a famiglia disagiata.

⇒ **INVALIDO CIVILE TRA IL 74 E IL 99%**

- *Invalidità di almeno il 74% (invalidi parziali):*

Con il riconoscimento di almeno questo punteggio di invalidità l'interessato assume la qualifica di invalido parziale ed ha diritto ad un assegno mensile (in presenza di determinati requisiti di reddito, meglio indicati al capitolo 4 paragrafo 4.3).

- *Invalidità di almeno il 74% e massimo del 99%:*

Con detta invalidità l'interessato che abbia prestato un'attività lavorativa ha diritto ad una maggiorazione del servizio utile a pensione.

⇒ **INVALIDO CIVILE CON IL 100%**

- *Invalidità del 100% (invalidi totali):*

Con l'invalidità del 100% l'interessato assume la qualifica di invalido totale e ha diritto ad una pensione di inabilità (alle condizioni indicate al capitolo 4 paragrafo 4.2).

- *Invalidi non autosufficienti (riconoscimento dell'assegno di accompagnamento):*

Gli invalidi totali, che siano anche non autosufficienti perché non deambulanti o impossibilitati a compiere gli atti quotidiani della vita o che sono impossibilitati a svolgere le azioni elementari che un soggetto normale di corrispondente età espleta quotidianamente senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (quali la vestizione, la nutrizione, l'igiene personale, ecc), hanno diritto ad un beneficio economico mensile quale l'indennità di accompagnamento, che viene riconosciuto indipendentemente dal proprio reddito personale, aumenta annualmente sulla base degli aggiornamenti Istat e non è soggetto a detrazione fiscale (non deve pertanto essere dichiarato ai fini fiscali). Approfondimenti al capitolo 4 paragrafo 4.6.

⇒ **INVALIDI CIVILI MINORENNI O ULTRASESSANTACINQUENNI**

Per i cittadini minorenni, cioè di età inferiore ai diciotto anni, e per quelli di età superiore ai 65 anni il riconoscimento dell'invalidità civile non si basa sulla riduzione della capacità lavorativa, essendo queste persone in età generalmente non lavorativa.

Si considera invece un altro elemento, cioè la persistente difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Agli invalidi civili minorenni e a quelli ultrasessantacinquenni non può essere concessa la pensione, né l'assegno mensile, in quanto questi trattamenti spettano non prima del 18° né dopo il 65° anno di età.

Può invece essere liquidata l'indennità di accompagnamento (sempre che i minori non percepiscano già l'indennità di frequenza in quanto esiste incompatibilità) se sussistono determinate altre condizioni, e cioè se si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o se abbisognano di una assistenza continua perché non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Suggerimenti per il malato di FC

- *il Decreto Ministeriale – Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992 contenente la nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti stabilisce chiaramente che la FC (mucoviscidosi) è una malattia tale da prevedere un riconoscimento di invalidità in quota fissa (ovvero quando l'infermità corrisponde, per natura e grado, esattamente alla voce tabellare): l'80% (bronchiectasia congenita associata a mucoviscidosi) o il 100% (fibrosi cistica del pancreas con pneumopatia cronica), sulla base della diagnosi e della compromissione organica del malato di fibrosi cistica;*
- *sarebbe opportuno che il malato FC riceva dal Centro di Cura Regionale una dettagliata relazione medica che dia particolare risalto "all'esame obiettivo" al fine di garantire il più possibile quanto previsto dalle normative di cui sopra.*

2.3 Definizione di persona con handicap – Legge 104/92

A differenza dell'invalidità civile, basata sul grado di riduzione della capacità lavorativa, l'handicap, regolato dalla legge 5 febbraio 1992 n. 104, esprime la situazione di colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Non sussiste una stretta correlazione tra la definizione di invalido e quella di handicappato, essendo diversi i presupposti che sono alla base delle due categorie.

Il termine di persona handicappata è usato dalla legge per indicare i soggetti ai quali spettano determinati benefici in condizioni di parità, senza alcun riferimento alla natura della menomazione (permessi parentali, agevolazioni fiscali, diritto all'istruzione e, in genere, prestazioni specialistiche e sociali integrate tra loro, che valorizzano le abilità della persona e agiscono sulla globalità della situazione di handicap).

2.4 Il riconoscimento dello stato di gravità (L. 104/92 art. 3 comma 3)

L'handicap è la situazione di svantaggio sociale o di emarginazione in cui viene a trovarsi chi, affetto da una minorazione fisica, psichica o sensoriale, ha difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa (art. 3 comma 1, L. 104/92).

Lo stato di handicap attiene alle ripercussioni sociali e di relazione che una determinata patologia ha per la persona nel vivere i contesti che quotidianamente frequenta.

L'handicap viene considerato grave quando la persona necessita di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione (art. 3 comma 3, Legge 104/1992), non essendo in grado di svolgere i normali atti quotidiani della vita.

Una persona può ottenere sia la certificazione di invalidità civile, cecità o sordomutismo che quella di handicap.

Anche le persone con invalidità diverse (di guerra, per servizio, di lavoro) possono richiedere la certificazione di handicap.

Suggerimenti per il malato di FC

- *al fine di ottenere il riconoscimento della connotazione di gravità dell'handicap, risulta importante presentare in commissione medica una relazione redatta dall'assistente sociale che metta in evidenza lo svantaggio sociale, il peso delle terapie in quanto quotidiane e ripetute, l'aspetto socio-relazionale di vita del malato nonché del suo nucleo familiare che può godere dei diritti e benefici previsti proprio dall'art. 3 comma 3 della L. 104/92.*

CAPITOLO III

RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE E DELL'HANDICAP

Dal 1° gennaio 2010 è l'Inps e non più l'Asl di riferimento a prendere in carico le domande volte a ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità: la composizione delle Commissioni è formalmente diversa a seconda del tipo di valutazione da effettuare, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, devono essere inoltrate all'Inps esclusivamente per via telematica.

3.1 La domanda – primi passi

- a) *il certificato medico*: il malato che intende chiedere il riconoscimento dell'invalidità deve innanzitutto rivolgersi al proprio medico curante o ad uno specialista di fiducia (ma che si tratti di **“medico certificatore”**), che deve compilare la certificazione per la domanda di invalidità civile; la certificazione medica deve essere compilata on line, su uno speciale modulo accessibile attraverso il sito internet dell'Istituto. Il medico certificatore effettuerà quindi la trasmissione del certificato all'Inps, sempre per via telematica. La compilazione e la trasmissione on line dei certificati è consentita solo ai medici abilitati provvisti di un codice Pin e ogni medico iscritto all'ordine dei medici, può richiedere questa abilitazione. (l'elenco dei medici certificatori accreditati in possesso del PIN sarà pubblicato sul sito internet dell'Istituto). Una volta compilato e trasmesso per via telematica, il certificato deve essere stampato e fornito anche al cittadino, completo della firma del medico curante e della ricevuta dell'avvenuta trasmissione, che riporta un numero identificativo. Il certificato ha un costo (che varia a seconda del medico) e una scadenza: è valido per un periodo massimo di 90 giorni, entro il quale il cittadino deve presentare la domanda rivolgendosi ad un patronato sindacale, un'associazione o un soggetto abilitato, altrimenti una volta scaduto sarà necessario richiederlo nuovamente. L'originale del certificato dovrà essere esibito all'atto della visita. Nel caso in cui il cittadino non possa recarsi a visita medica e necessiti di essere visitato a domicilio, deve dotarsi di una apposita e ulteriore certificazione di “intrasportabilità”.
- b) *la presentazione della domanda*: una volta in possesso della copia del certificato e della ricevuta di avvenuta trasmissione all'Inps contenente il numero identificativo, il cittadino può presentare la domanda di accertamento autonomamente (provvisto di codice PIN), attraverso gli enti di patronato o tramite le associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS). Anche la trasmissione della domanda deve essere fatta on line attraverso il sito dell'INPS, inse-

rendo il numero del certificato già trasmesso dal medico e indicato sulla ricevuta di trasmissione. La procedura consente l'invio della domanda solo se completa in tutte le sue parti. Al termine della trasmissione della domanda il sistema Inps genera una ricevuta nella quale viene indicata la data, il luogo e l'ora della visita presso la ASL. Dopo aver presentato la domanda, l'Inps trasmette telematicamente la domanda alla ASL.

3.2 L'accertamento sanitario dell'invalidità civile: la visita medica

Ogni richiesta pervenuta all'archivio informatico dell'Inps dà origine ad un fascicolo elettronico, uno per ciascun invalido civile. La visita sarà effettuata dalla commissione Asl competente in base al comune di residenza dell'interessato, integrata da un medico dell'INPS. L'esito dell'accertamento medico-legale della commissione è comunque sottoposto al parere definitivo dell'Inps che notifica la decisione attraverso l'invio del relativo verbale all'interessato. In caso di accoglimento con diritto a una prestazione economica l'interessato viene invitato dall'Inps a completare la domanda con i dati necessari per l'accertamento dei requisiti reddituali e personali (Conto Corrente/libretto postale/ecc...). L'interessato deve presentarsi alla visita munito di copia della ricevuta del certificato medico e della domanda e di tutta la documentazione sanitaria in suo possesso. È bene ricordare che l'accertamento dell'handicap può essere richiesto anche contemporaneamente alla domanda di accertamento dell'invalidità: non è, cioè, necessario presentare due domande distinte.

- In alternativa, la visita domiciliare: nel caso in cui il trasporto della persona comporta un grave rischio per la sua salute e incolumità, è possibile richiedere la visita domiciliare. Anche in questo caso la procedura è informatizzata e spetta al medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo. Il certificato medico di richiesta visita domiciliare va inoltrato almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale. È poi il Presidente della Commissione dell'Azienda USL a valutare il merito della certificazione e dispone o meno la visita domiciliare. In caso di accoglimento, il richiedente viene informato della data e dell'ora stabilita per la visita domiciliare, altrimenti viene indicata una nuova data di invito a visita ambulatoriale.
- In alternativa: la visita in ospedale: nella domanda il cittadino, in caso di ricovero, dovrà indicare un recapito temporaneo al fine di ottenere l'assegnazione di una visita presso un'Azienda sanitaria diversa da quella corrispondente alla residenza.

3.3 Come ottenere l'accertamento dell'handicap – Legge 104/92

L'accertamento dell'handicap è effettuato attraverso lo stesso iter della domanda per l'invalidità civile (spesso infatti le due domande vengono avviate contestual-

mente), con la differenza che la commissione medica per il riconoscimento dell'handicap è integrata da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare; la persona può anche decidere di farsi assistere da un medico (medico legale) a proprie spese. È bene che il richiedente arrivi in Commissione Medica provvisto di una relazione dell'assistente sociale che descriva la condizione socio-relazionale del malato e della famiglia in cui vive, in modo tale da rendere chiara la condizione di vita, nonché la necessità di una maggiore tutela ed integrazione sociale del malato.

Se la minorazione accertata abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, l'interessato è definito *persona handicappata in situazione di gravità* (art. 3 comma 3). Questa situazione è considerata dalla legge per il riconoscimento di specifici benefici, come vedremo in seguito.

3.4 Mancata presentazione alla visita

Nel caso in cui il richiedente sia impossibilitato a presentarsi all'appuntamento dato, sarà riconvocato per una seconda volta entro 3 mesi. Qualora non si presenti alla seconda convocazione, la domanda sarà considerata chiusa e la persona dovrà presentare una nuova domanda.

3.5 L'esito della visita

L'accertamento sanitario potrà concludersi con:

- giudizio medico-legale espresso all'unanimità: *se il giudizio medico-legale della Commissione è unanime il verbale sanitario deve essere sottoposto alla valutazione del Responsabile del Centro Medico Legale. A seguito della validazione, il verbale sarà trasmesso da parte dell'INPS, al domicilio del cittadino richiedente e, laddove dal riconoscimento possa derivare un beneficio economico, sarà contestualmente attivato il flusso amministrativo per l'erogazione dello stesso.*
- giudizio medico-legale espresso a maggioranza: *se il giudizio della Commissione è a maggioranza il verbale viene sospeso e sottoposto alla definitiva validazione del Centro Medico Legale. La validazione potrà avvenire agli atti o mediante effettuazione di una visita diretta.*

3.6 Effetti del riconoscimento – il Verbale

Il verbale definitivo viene inviato al richiedente dall'INPS in due versioni: una contenente tutti i dati sensibili ed una contenente solo il giudizio finale per gli usi amministrativi. Se il giudizio finale prevede l'erogazione di provvidenze economiche, il richiedente viene invitato ad inserire online i dati richiesti (ad esempio

reddito personale, eventuale ricovero a carico dello Stato, frequenza a scuole o centri di riabilitazione, coordinate bancarie). E anche per queste procedure è bene farsi assistere da un patronato sindacale, un'associazione o un soggetto abilitato.

Il verbale costituisce documento valido per ottenere i benefici che la legge prevede in favore degli invalidi e che saranno indicati nei paragrafi successivi.

Il verbale di accertamento riferibile ad adulti e bambini riporta l'attribuzione dell'handicap, utilizzando le diciture "persona con handicap (art. 3, comma 1, legge 104/92)" oppure "persona con handicap con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, legge 104/92)".

3.7 Il ricorso

Nel caso la Commissione medica entro tre mesi dalla presentazione della domanda non fissi la visita di accertamento, l'interessato può presentare una diffida all'Assessorato regionale competente che provvede a fissare la visita entro il termine massimo di 270 giorni dalla data di presentazione della domanda; se questo non accade (silenzio rigetto) si può ricorrere al giudice ordinario.

Dal 1° gennaio 2012 cambiano le regole per presentare i ricorsi.

L'articolo 38 della Legge 111/2011 ha modificato il Codice di Procedura Civile, introducendo l'articolo 445 bis che prevede l'accertamento tecnico preventivo per le controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità. con l'introduzione di tale articolo è pertanto cambiata la procedura per la presentazione dei ricorsi da parte di chi intenda opporsi ad una decisione dell'Inps.

Di seguito, in sintesi, il nuovo iter in vigore dal 1° gennaio 2012:

- a) Si riceve un verbale di invalidità o di handicap o di disabilità che si intende contestare;
- b) per presentare ricorso si deve depositare, presso la Cancelleria del Tribunale della Provincia di residenza, un'istanza di accertamento tecnico per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie (si anticipano le spese della perizia);
- c) l'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo costituisce condizione di procedibilità della domanda;
- d) il giudice, a seguito della presentazione dell'istanza di accertamento tecnico obbligatorio preventivo, nomina un consulente tecnico (un medico) conferendogli l'incarico di espletare la visita medica. Il consulente provvede a stendere una relazione (perizia); alla sua attività di perizia è presente anche l'INPS;
- e) il consulente del ricorrente (medico legale a spese del ricorrente) invia la bozza al cittadino e all'INPS (nel termine stabilito dal giudice con

ordinanza) e attende le osservazioni; quindi deposita la relazione definitiva presso il giudice;

- f) il giudice, terminate le operazioni peritali, chiede formalmente all'INPS e al cittadino se intendono contestare le conclusioni del consulente tecnico d'ufficio. Se non ci sono contestazioni, il giudice omologa la relazione del consulente con decreto che diventa inappellabile;
- g) se l'INPS o il cittadino intendono contestare la relazione del perito devono depositare, presso la Cancelleria del Tribunale, entro il termine perentorio di 30 giorni, il ricorso introduttivo del giudizio di merito, specificando, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione;
- h) si procede (con le relative udienze) nel processo vero e proprio fino all'emissione della sentenza definitiva. La sentenza è inappellabile.

3.8 Richiesta di aggravamento

Chi ha ottenuto il riconoscimento dell'invalidità civile può presentare, qualora si verifichino le condizioni, richiesta di aggravamento seguendo il medesimo iter fin qui illustrato.

Qualora sia stato prodotto ricorso gerarchico avverso il giudizio della commissione preposta all'accertamento della invalidità e delle condizioni visive, le domande di aggravamento sono prese in esame soltanto dopo la definizione del ricorso stesso. Non è possibile quindi presentare richiesta di aggravamento se già si è avviato un procedimento di ricorso.

Suggerimenti per il malato di FC

- *è bene che il certificato medico del Centro di Cura Regionale sia il più esplicativo possibile e contenga un chiaro "esame obiettivo" del paziente;*
- *è bene che il malato FC sia accompagnato già in prima visita da un medico legale o un medico di fiducia esperto in FC che possa garantire la sua tutela;*
- *per il riconoscimento dello status di persona con handicap è importante che il malato arrivi in commissione medica accompagnato da una relazione scritta dell'assistente sociale (redatta, se presente, dall'assistente sociale del Centro di Cura FC).*

CAPITOLO IV

DIRITTO ALL'ASSISTENZA ECONOMICA

4.1 Provvidenze economiche previste

L'assistenza economica in favore degli invalidi civili è costituita da:

- pensione di inabilità (18-65 anni);
- assegno mensile di assistenza (18-65 anni);
- assegno ordinario di invalidità (L. 222/84);
- indennità mensile di frequenza (0-18 anni);
- indennità di accompagnamento (a qualsiasi età).

4.2 Diritto alla pensione di inabilità (per gli invalidi al 100%)

La pensione di inabilità spetta ai mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni nei confronti dei quali si stata accertata una inabilità lavorativa totale(100%) e permanente e che si trovino, inoltre, in stato di bisogno economico. Per questa seconda condizione vengono annualmente fissati dei limiti di reddito personale che non devono essere superati dal titolare della pensione di inabilità.

È una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

I pensionati di inabilità possono presentare domanda per ottenere l'assegno per l'assistenza personale e continuativa.

Condizioni:

- riconoscimento di una invalidità totale o permanente del 100% età compresa fra i 18 e i 65 anni;
- essere cittadino italiano o UE residente in Italia, o essere cittadino extracomunitario in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- disporre di un reddito annuo personale non superiore a quanto stabilito nelle tabelle (*importi 2012: reddito massimo € 15.627,22 – assegno mensile € 267,57 per 13 mensilità*);
- iscrizione all'Inps da almeno 5 anni;
- almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

La pensione di inabilità è compatibile con l'indennità di accompagnamento riconosciuta agli invalidi civili non deambulanti o non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

È compatibile con altre provvidenze concesse a seguito della stessa menomazione per causa di guerra, servizio lavoro.

La pensione di inabilità spetta in misura intera anche se l'invalido è ricoverato in istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Al compimento del sessantacinquesimo anno di età, la pensione viene trasformata in assegno sociale.

4.3 Diritto all'assegno mensile di assistenza (per gli invalidi con riconoscimento compreso tra il 74% e il 99% d'invalidità)

L'assegno mensile di assistenza è una prestazione economica, erogata su domanda, in favore dei mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni nei cui confronti sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa pari ad almeno 2/3 a causa di infermità fisica o mentale.

Condizioni:

- riconoscimento di un'invalidità dal 74% al 99%;
- età compresa fra i 18 e i 65 anni di età;
- essere cittadino italiano o UE residente in Italia, o essere cittadino extracomunitario in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- disporre di un reddito annuo personale non superiore a quanto stabilito nelle tabelle (*importi 2012: reddito massimo € 4.596,02 – assegno mensile € 60,27 per 13 mensilità*);
- non svolgere alcuna attività lavorativa o, vedere i casi particolari;
- l'iscrizione alle liste di collocamento è possibile anche se l'attività lavorativa è minima e non comporta il superamento di un reddito personale annuo pari a 7500 euro, per lavoro dipendente, o 4500 euro per lavoro autonomo (salvo maggiorazioni regionali). Tuttavia, nel caso di superamento del limite di reddito previsto per l'assegno, pur in presenza di iscrizione alle liste di collocamento, non si ha diritto all'assegno.

L'assegno viene erogato in 13 mensilità ed è incompatibile con l'erogazione di altre pensioni di invalidità erogate da altri organismi (es.: INPS, INPDAP ecc.). È inoltre incompatibile con pensioni di invalidità di guerra, lavoro e servizio. Se la situazione di incompatibilità si manifesta dopo la concessione dell'assegno mensile, l'invalido ha l'obbligo di comunicarlo all'INPS entro trenta giorni dalla notifica da parte di altro ente del provvedimento concessivo del trattamento pensionistico di invalidità incompatibile.

L'assegno viene sospeso qualora il disabile rifiuti di accedere ad un posto di lavoro adatto alle sue condizioni fisiche.

Al compimento del sessantacinquesimo anno di età, la pensione viene trasformata in assegno sociale.

Entro il 31 marzo di ogni anno i titolari di assegno mensile di assistenza devono inviare all'INPS una dichiarazione di responsabilità (vedi scheda alla fine del libretto) relativa alla sussistenza dei requisiti di legge.

4.4 Assegno Ordinario di Invalidità (L. 222/84)

È una prestazione economica, erogata a domanda, ai lavoratori la cui capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo a causa di infermità. Spetta ai lavoratori dipendenti e autonomi che sono titolari di un conto assicurativo presso l'Inps. Il titolare di assegno ordinario di invalidità può aver diritto, in presenza dei requisiti richiesti, all'integrazione al trattamento minimo, all'assegno per il nucleo familiare o alle quote di maggiorazione per carichi familiari.

Condizioni:

- almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

La domanda deve essere redatta su apposito modulo (IO1) o, eccezionalmente, in carta semplice.

Alla stessa deve essere allegata la prevista autocertificazione dei dati personali, in sostituzione dei documenti anagrafici, il modulo certificativo (SS3) dello stato di salute compilato da un medico, la documentazione indicata sul modulo e, se necessario, le dichiarazioni reddituali.

L'assegno ordinario di invalidità decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda purché siano soddisfatti tutti i requisiti amministrativi e sanitari richiesti. Ha validità triennale e può essere confermato (accertando il solo requisito sanitario) altre 2 volte per ulteriori tre anni, su domanda presentata dall'interessato nei 6 mesi che precedono la data di scadenza. Diventa definitivo dopo il terzo riconoscimento.

L'assegno ordinario di invalidità, al compimento dell'età pensionabile prevista e in presenza dei requisiti assicurativi e contributivi, viene trasformato d'ufficio in pensione di vecchiaia; deve essere trasformato d'ufficio in pensione di vecchiaia dal primo giorno del mese successivo al compimento dell'età pensionabile.

Per ottenere la trasformazione in pensione di vecchiaia devono essere perfezionati tutti i requisiti:

- di assicurazione e di contribuzione;
- di età;
- di cessazione del rapporto di lavoro subordinato.

L'assegno ordinario di invalidità non è reversibile.

Il periodo di godimento dell'assegno, se privo di altra contribuzione (obbligatoria, volontaria e figurativa), è utile all'accertamento del diritto per:

- un nuovo assegno di invalidità;

- la pensione ai superstiti;
- la trasformazione dell'assegno in pensione di vecchiaia.

In caso di passaggio dall'assegno di invalidità alla pensione di inabilità e viceversa il requisito dei tre anni nel quinquennio antecedente la data della domanda deve ritenersi automaticamente perfezionato.

Durante il periodo di godimento dell'assegno ordinario possono essere versati contributi volontari

Previa specifica domanda rivolta al datore di lavoro, i lavoratori mutilati ed invalidi civili cui sia stata riconosciuta una *capacità lavorativa superiore al 50%* possono usufruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un congedo per cure per un periodo non superiore a trenta giorni; durante detto periodo spetta al lavoratore il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia (art. 7 d.lgs. n. 119 del 2011).

4.5 Diritto all'indennità mensile di frequenza

È una prestazione a sostegno dell'inserimento scolastico e sociale prevista per i ragazzi con disabilità fino al compimento del 18° anno di età (è stata istituita dalla Legge 11 ottobre 1990, n. 289).

Suggerimenti per il malato di FC

- *l'indennità di frequenza può essere chiesta anche per il periodo estivo, l'importante è attestare/documentare che il minore frequenti un centro di riabilitazione/centro di formazione professionale/centro occupazionale/scuola di ogni ordine e grado. Normalmente la documentazione viene prodotta all'INPS a settembre, quando il minore è già frequentante la scuola/centro occupazionale etc. e si è in grado di produrre l'attestazione dell'avvenuta frequenza estiva c/o il centro di riabilitazione. Il semplice Centro estivo non è contemplato al fine del riconoscimento.*

I requisiti per il rilascio sono:

- età inferiore ai 18 anni;

- requisito fondamentale è la frequenza continua o periodica di centri ambulatoriali, di scuole pubbliche o private di ogni ordine e grado a partire dagli asili nido (vedi sentenza C.C. n.467/2002 – circ. Inps 11/2003);
- riconoscimento di “minore con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della minore età” (L. 289/90) o “minore con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell’orecchio migliore”;
- validità per il solo periodo di frequenza (anche nel periodo estivo se si tratta di attività riabilitativa);
- reddito non superiore a quanto stabilito per legge (*importi 2012: reddito massimo € 4.596,02 – assegno mensile € 267,57 mensili per dodici mensilità*);
- cittadinanza e residenza sul territorio nazionale (per gli stranieri, il Decreto lgs. 8 gennaio 2007 n. 3, modificando l’art. 9 del Testo Unico sull’immigrazione, ha introdotto – in sostituzione della Carta di soggiorno – il permesso di soggiorno CE per i cittadini soggiornanti di lungo periodo).

È prevista incompatibilità con:

- indennità di accompagnamento
- indennità prevista per i ciechi parziali
- indennità di comunicazione prevista per i sordi civili
- periodi in cui il minore è ricoverato a carattere continuativo e permanente.

È ammessa la facoltà di opzione per il trattamento più favorevole.

L’indennità di frequenza viene corrisposta per un massimo di 12 mensilità, decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda e, comunque, non prima dell’inizio della frequenza ai corsi o ai trattamenti

Qualora dagli accertamenti esperiti risulta che detta condizione non è soddisfatta, il beneficio può in ogni momento essere revocato.

Annualmente (31 marzo) va presentata la dichiarazione di responsabilità circa l’assenza di ricovero.

4.6 Diritto all’indennità di accompagnamento

Suggerimenti per il malato di FC

- *il riconoscimento dell’indennità di compagno è un diritto dell’individuo malato ma non un obbligo, ovvero non è detto che al malato FC, solo perché affetto da questa patologia, venga riconosciuto.*

L’indennità di accompagnamento spetta agli invalidi civili totali (invalidità del 100%) che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore

- incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua.

L'indennità spetta indipendentemente dall'età, cioè anche ai minori di 18 anni, e dal reddito.

I soggetti beneficiari sono:

- cittadini italiani residenti sul territorio nazionale;
- cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea residenti in Italia;
- cittadini di Paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno CE per "soggiornanti di lungo periodo" (D. Lgs. N.3 del 2007 che recepisce la Direttiva Comunitaria del 2003).

Cumulabilità e incompatibilità.

Il diritto all'indennità di accompagnamento prescinde da ogni limite di reddito ed è cumulabile con la pensione di inabilità (ricorrendo, per quest'ultima, il requisito reddituale e quello dell'età).

Non spetta all'invalido se questi percepisce indennità di frequenza.

Non spetta in caso di ricovero totalmente gratuito in una struttura pubblica e viene sospeso se il soggetto risulta ricoverato per un periodo superiore ai 30 gg. (deve comunicarlo all'Inps attraverso la dichiarazione di responsabilità ICRIC)

È compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa.

L'invalido minorenni che abbia ottenuto l'indennità di accompagnamento deve, al raggiungimento del 18° anno di età, presentare domanda per essere sottoposto a nuova visita medica per ottenere il beneficio.

L'importo dell'indennità di accompagnamento per l'anno 2012 è di € 492,97 mensili su dodici mensilità.

Annualmente va presentata la dichiarazione di responsabilità circa l'assenza di ricovero (vedi le scadenze alla fine del libretto).

4.7 Compimento del 18° anno di età

Per i minori titolari di indennità di accompagnamento, la Sede INPS che ha in carico il pagamento della prestazione invia – con anticipo di sei mesi rispetto alla data di raggiungimento della maggiore età – alle competenti ASL la lista contenente i nominativi dei soggetti che devono essere sottoposti a visita. Contestualmente, l'Ente concessore (l'Inps) rende noto all'interessato che è necessario proporre una domanda amministrativa al compimento della maggiore età.

Il compimento del 18° anno non comporta l'automatica concessione di alcuna prestazione.

Per tale motivo l'interessato, ove sia in possesso anche degli altri requisiti previsti, presenta una specifica domanda i cui effetti decorreranno dal mese successivo alla data di presentazione.

Tale domanda si rende necessaria in quanto, essendo l'invalido divenuto maggiorenne, deve assumere direttamente e non più attraverso il suo legale rappresentante la responsabilità di quanto dichiarato. Ovviamente, se l'invalido è interdetto, la dichiarazione è resa dal suo tutore.

Nelle more dell'accertamento sanitario l'invalido continua a percepire l'indennità anche se, nel frattempo, ha raggiunto il 18° anno.

Nel caso in cui l'accertamento sanitario sia avvenuto d'ufficio, esso può essere fatto valere anche ai fini del conseguimento della pensione previa formale istanza all'Ente che ha la potestà concessoria.

Qualora, infine, l'accertamento sia avvenuto in via giudiziaria, esso può essere fatto valere anche ai fini del conseguimento della pensione, previa istanza all'Ente che ha la potestà concessoria, con decorrenza *ex-nunc*.

Per continuare a percepire l'indennità.

In quell'occasione deve presentare apposita domanda (firmata da lui e non più dal genitore o tutore) per continuare a percepire detta indennità. La domanda può essere presentata appena compie il 18° anno di età, per evitare la perdita degli arretrati.

Per ottenere anche la pensione.

Se non possiede redditi superiori al tetto previsto, deve presentare subito anche la domanda di pensione la quale, come si è detto, spetta dal 18° anno di età in poi.

4.8 Chi paga la pensione, l'assegno o l'indennità

Nel 1998 il pagamento della pensione, dell'assegno o dell'indennità, già di competenza delle Prefetture, è stato trasferito all'INPS, al quale il provvedimento concessivo, emanato dalla Regione, dal Comune o dall'ASL competente, dev'essere trasmesso.

4.9 Obblighi dei pensionati

Permanenza del requisito reddituale.

Le condizioni reddituali (l'importo totale del reddito annuale) previste per il diritto alla pensione o all'assegno mensile devono sussistere non soltanto alla data della domanda, ma anche successivamente.

Se i limiti di reddito vengono superati, il pensionato è tenuto a comunicarlo all'INPS che provvede alla sospensione della pensione o dell'assegno.

Se il superamento del limite di reddito è dovuto ad eventi che si ritiene dovranno incidere in maniera duratura sul patrimonio del titolare della pensione o dell'assegno (come, ad esempio, l'assunzione di un'attività lavorativa), si procede alla revoca della prestazione pensionistica.

Ripristino della pensione o dell'assegno sospeso.

Se dopo la sospensione della pensione i redditi del pensionato scendono nuovamente al di sotto dei limiti massimi previsti, occorre presentare all'INPS una nuova domanda, i cui effetti decorreranno dal primo giorno del mese successivo alla data della domanda.

La stessa procedura si segue nel caso in cui l'invalido parziale abbia regolarizzato l'iscrizione nella lista speciale del collocamento al lavoro.

Se la pensione o l'assegno sono stati revocati, la domanda di ripristino dei pagamenti in conseguenza dell'abbassamento dei redditi al di sotto del limite previsto comporta un nuovo accertamento anche del requisito sanitario.

4.10 Dichiarazioni di responsabilità

Agli invalidi parziali titolari di assegno mensile è fatto obbligo di trasmettere all'INPS o al Comune o all'ASL, entro il 31 marzo di ogni anno, una dichiarazione di responsabilità attestante la permanenza della propria iscrizione nell'elenco speciale del collocamento al lavoro.

Nello stesso termine agli invalidi titolari di indennità di accompagnamento devono trasmettere agli stessi enti una dichiarazione attestante l'eventuale ricovero in istituto, precisando se il ricovero è totalmente gratuito.

A che servono.

Dette dichiarazioni sono previste perché le situazioni da esse attestate sono condizioni per continuare a percepire l'assegno mensile o l'indennità di accompagnamento.

Pertanto, la loro omissione potrebbe portare alla sospensione della provvidenza in godimento e al recupero delle somme indebitamente percepite.

Suggerimenti per il malato di FC

- *la chiamata a visita di revisione: sebbene la FC rientri nel D.M. 2/08/2007 "Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante", nello specifico al punto 9 dell'elenco in esso allegato, ancora oggi i malati FC vengono richiamati a visita. È bene sapere che possono comunicare e qualora non ricevessero alcuna conferma è importante che si presentino anche solo per dare comunicazione di questo alla commissione.*

Una riflessione ...

Dal 2010 l'Inps ha avviato il nuovo Piano straordinario di verifiche sulle invalidità civili che ha previsto controlli su 100.000 posizioni nel 2010, e altre 400.000 nei due anni successivi.

Dal 2009 al 2012 sono stati così disposti più di 800.000 controlli su altrettante posizioni per verificare la sussistenza degli stati invalidanti. Tali Piani straordinari di verifica, il cui costo è molto elevato, non hanno prodotto il risparmio sperato; sono stati invece causa di pesanti disagi per le persone con disabilità. I Cittadini con disabilità, pur appartenendo alla categoria del D.M. 2 agosto 2007, si trovano così obbligati a dover ripetere, spesso immotivatamente, visite di accertamento per conservare i propri diritti o per accedere a benefici e prestazioni necessari alla loro condizione. I criteri sono diventati più restrittivi e molti giovani malati, tra i quali molti malati FC, si vedono togliere i benefici precedentemente concessi (vedi ad esempio il riconoscimento dei benefici della L. 104/92 - art. 3 comma 3).

CAPITOLO V

DIRITTO ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE

5.1 Accesso alla libera circolazione – abbattimento delle barriere architettoniche

Tra i diritti fondamentali previsti dalla legge - quadro sull'handicap 5 febbraio 1992, n. 104, c'è quello della "libera circolazione" che consiste nell' "*eliminazione degli ostacoli che limitano o impediscono il libero accesso, la libera circolazione o comunque la libera utilizzazione di spazi, edifici e loro componenti*" (scale, porte strette, ascensori mancanti o troppo piccoli, marciapiedi, ecc.). Tutti questi ostacoli vanno sotto il nome di *barriere architettoniche* e la loro rimozione è prevista da una serie di disposizioni, le prime delle quali sono contenute nella nota legge 30 marzo 1971 n. 118 e nel DPR.384/78 (le cui disposizioni sono state soppresse dall'articolo 32 del D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503).

Esaminiamo le linee essenziali di tali disposizioni.

5.2 Circolazione e sosta dei veicoli

Il primo impedimento che limita il diritto alla libera circolazione lo incontrano le persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, le quali hanno ovviamente notevoli difficoltà di osservare i divieti posti dal codice della strada.

Per superare tali difficoltà norme particolari o deroghe comunali prevedono eccezioni a detti divieti, consentendo la circolazione e la sosta dei veicoli allo specifico servizio di dette persone *purché ciò non costituisca grave intralcio al traffico*.

La circolazione e la sosta sono anche consentite nelle zone a traffico limitato e nelle aree pedonali urbane qualora sia autorizzato l'accesso anche ad una sola categoria di veicoli per l'espletamento di trasporto di pubblica utilità (DPR 503/96 – art. 11 commi 3 e 4).

La circolazione (e non anche la sosta) è inoltre consentita nei percorsi preferenziali riservati ai servizi pubblici collettivi e ai taxi (DPR 503/96 – art. 11 comma 4).

La sosta non è invece consentita nelle zone in cui è prevista, in via generale, la rimozione. Gli autoveicoli degli invalidi non possono però essere rimossi, ma solo contravvenzionati.

5.3 Contrassegno speciale (o tagliando arancione)

Per le "*persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta*" è possibile ottenere, previa visita medica che attesti questa condizione, il cosiddetto "*contrassegno invalidi*" o meglio conosciuto come "*contrassegno arancione*". Questo contrassegno previsto dall'art. 381 del DPR 16 dicembre 1992 n. 495 e successive modificazioni, permette ai veicoli a servizio delle

persone disabili la circolazione in zone a traffico limitato e il parcheggio negli spazi appositi riservati.

La possibilità di ottenere il “*contrassegno invalidi*” è stata successivamente estesa anche ai non vedenti (DPR 503/1996 art. 12 comma 3).

Per il rilascio l’interessato deve rivolgersi alla propria ASL e farsi rilasciare dall’ufficio medico legale la certificazione medica attestante la condizione di cui sopra.

Una volta ottenuto tale certificato si dovrà presentare una richiesta al Sindaco del Comune di residenza (di solito è di competenza l’ufficio della Polizia Municipale) per il rilascio del contrassegno allegando il certificato della ASL. Il contrassegno ha validità quinquennale.

Allo scadere dei termini si può rinnovarlo presentando un certificato del proprio medico di base che confermi la persistenza delle condizioni sanitarie per le quali è stato rilasciato il contrassegno.

A questo proposito è utile ricordare che il contrassegno può essere rilasciato anche a persone che momentaneamente si ritrovano in condizioni di invalidità temporanea a causa di un infortunio o altro; in questo caso l’autorizzazione può essere rilasciata “*a tempo determinato*” a seguito della certificazione medica che attesti il periodo di durata dell’invalidità.

Suggerimenti per il malato di FC

- *Il diritto al contrassegno speciale spetta a determinate categorie di invalidi che, come abbiamo potuto vedere, devono presentare una **capacità di deambulazione sensibilmente ridotta**: il malato FC normalmente non presenta di media tale limitazione e pertanto non rientrerebbe nella concessione di tale diritto, fatto salvo si venissero a presentare particolari periodi di aggravamento della malattia (da dimostrare), durante i quali può provare a presentare la richiesta del contrassegno per la “momentanea difficoltà” (ad esempio un periodo in cui necessita di ossigenoterapia oppure il periodo post trapianto).*
- *Il malato FC può tentare di dimostrare, con certificazione medica specifica ed esaustiva, che in virtù della patologia di cui è affetto, non deve trovarsi in ambienti affollati (mezzi pubblici) con il rischio di entrare in contatto con virus stagionali causa di infezioni respiratorie o gastrointestinali, pertanto deve poter utilizzare sempre la propria autovettura; sarà l’ufficio addetto che dovrà valutare la richiesta.*

5.4 Diritti sui mezzi pubblici di trasporto

Per le persone con handicap non in grado di servirsi dei mezzi pubblici di trasporto i Comuni debbono assicurare, compatibilmente con le disponibilità di bilancio, modalità di trasporto individuale e, per le zone non coperte da servizi di trasporto collettivo, servizi alternativi.

All'invalido in godimento di indennità di accompagnamento che deve viaggiare in treno con un accompagnatore è rilasciato un solo biglietto a tariffa ordinaria valido per sé e per il proprio accompagnatore. Per ottenere questa agevolazione l'invalido deve munirsi della "*carta blu*", tessera nominativa gratuita valida 5 anni.

Per i viaggi su mezzi pubblici urbani ed extraurbani leggi regionali e disposizioni comunali prevedono altre agevolazioni in favore degli invalidi che però variano da comune a comune (informarsi presso il comune di residenza).

CAPITOLO VI

DIRITTO ALLE AGEVOLAZIONI FISCALI

[sulla base dell'aggiornamento dell'Ufficio delle Entrate del novembre 2011]

6.1 Le agevolazioni

Le norme tributarie emanate negli ultimi anni hanno mostrato particolare attenzione per le persone con disabilità e i loro familiari, riservando loro numerosi benefici fiscali.

Diverse sono le situazioni in cui la normativa tributaria riconosce benefici fiscali in favore dei contribuenti portatori di disabilità, indicando con chiarezza le persone che ne hanno diritto. Non tutti i benefici fiscali sono però godibili dal malato FC in quanto specifici per particolari e chiare categorie di disabili.

6.2 Figli a carico

Per ogni figlio portatore di handicap fiscalmente a carico spettano le seguenti detrazioni:

- per il figlio di età inferiore a tre anni €1.120,00
- per il figlio di età superiore a tre anni €1.020,00.

Con più di tre figli a carico la detrazione aumenta di €200 per ciascun figlio a partire dal primo.

Le detrazioni sono concesse in funzione del reddito complessivo posseduto nel periodo d'imposta e il loro importo diminuisce con l'aumentare del reddito fino ad annullarsi quando il reddito complessivo arriva a €95.000.

6.3 Maggiori detrazioni IRPEF per i figli portatori d'handicap

Le detrazioni Irpef per i familiari a carico variano in funzione del reddito complessivo posseduto del periodo d'imposta. Sono previste detrazioni di base (o teoriche) il cui importo diminuisce con l'aumentare del reddito, fino ad annullarsi quando il reddito complessivo arriva a €95.000 per le detrazioni dei figli e a €80.000 per quelle del coniuge e degli altri familiari. Il limite di reddito personale complessivo per ritenere una persona fiscalmente a carico non deve essere superiore a €2.840,51 al lordo degli oneri deducibili e della deduzione per l'abitazione principale e pertinenze.

La detrazione base per i figli è stata fissata in €800,00 e in €900,00 per i figli di età inferiore a tre anni. Essa aumenta dei seguenti importi:

- €220 per il figlio disabile, riconosciuto tale ai sensi della legge n. 104 del 1992;
- €200 per tutti i figli, quando sono più di tre.

Per determinare la detrazione effettiva è necessario moltiplicare la detrazione teorica per il coefficiente (assunto nelle prime quattro cifre decimali e arrotondato

con il sistema del troncamento) che si ottiene dal rapporto tra €95.000, diminuito del reddito complessivo, e €95.000.

In presenza di più figli, l'importo di €95.000 indicato nella formula va aumentato per tutti di €15.000 per ogni figlio successivo al primo. Quindi l'importo aumenta a €110.000 nel caso di due figli a carico, a €125.000 per tre figli, a €140.000 per quattro, e così via.

La detrazione per i figli deve essere ripartita al 50% tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati. In alternativa, e se c'è accordo tra le parti, si può scegliere di attribuire tutta la detrazione al genitore che possiede il reddito più elevato. Questa facoltà consente a quest'ultimo, come per esempio nel caso di incapacienza dell'imposta del genitore con reddito più basso, il godimento per intero delle detrazioni.

È il caso di ricordare che l'incapacità si verifica quando tutte le detrazioni di cui un contribuente può beneficiare sono superiori all'imposta lorda. In queste situazioni, l'importo eccedente non può essere chiesto a rimborso o a compensazione di altri tributi, né è possibile riportarlo nella successiva dichiarazione dei redditi. In sostanza, parte delle detrazioni spettanti andrebbero perse.

6.4 Agevolazioni IRPEF per alcune spese sanitarie e per mezzi d'ausilio

*La Circolare del Ministero della Sanità del 1994 attuativa della legge 548/93, specifica che per i malati di fibrosi cistica è prevista la **gratuità dell'intervento**.*

Le spese mediche generiche (es: prestazioni rese da un medico generico, acquisto di medicinali) e di assistenza specifica sostenute dai disabili sono interamente deducibili dal reddito complessivo.

Si considerano di "assistenza specifica" le spese relative all'assistenza infermieristica e riabilitativa, quelle sostenute dal personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale, sempreché esclusivamente dedicato all'assistenza diretta della persona, le spese per le prestazioni fornite dal personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo, dal personale con la qualifica di educatore professionale, dal personale qualificato addetto ad attività di animazione e di terapia occupazionale.

Tali spese, inoltre, sono deducibili dal reddito complessivo anche se sono sostenute dai familiari dei disabili che non risultano fiscalmente a carico.

In caso di ricovero di un portatore di handicap in un istituto di assistenza e ricovero non è possibile portare in deduzione l'intera retta pagata ma solo la parte che

riguarda le spese mediche e le spese paramediche di assistenza specifica. A tal fine è necessario che le spese risultino indicate distintamente nella documentazione rilasciata dall'istituto di assistenza.

Le spese sanitarie specialistiche (es.: analisi, prestazioni chirurgiche e specialistiche), invece, danno diritto ad una detrazione Irpef del 19% sulla parte che eccede €129,11; la detrazione è fruibile anche dai familiari quando il disabile è fiscalmente a carico.

Oltre alle spese viste in precedenza sono ammesse alla detrazione del 19%, per l'intero ammontare (senza togliere la franchigia di €129,11) le spese sostenute per:

- trasporto in ambulanza del soggetto portatore di handicap (le prestazioni specialistiche effettuate durante il trasporto invece costituiscono spese sanitarie, e danno diritto a detrazione solo sulla parte eccedente i €129,11);
- acquisto di poltrone per inabili e minorati non deambulanti e apparecchi per il contenimento di fratture, ernie e per la correzione dei difetti della colonna vertebrale;
- acquisto di arti artificiali per la deambulazione;
- costruzione di rampe per l'eliminazione di barriere architettoniche esterne ed interne alle abitazioni (ma non si può fruire contemporaneamente di questa detrazione e di quella del 36% di cui all'art. 1 della L. 449/97 e successive modifiche, per cui la detrazione del 19% per spese sanitarie spetta solo sulla somma eccedente la quota di spesa già assoggettata alla detrazione del 36% per ristrutturazioni);
- trasformazione dell'ascensore per adattarlo al contenimento della carrozzella;
- sussidi tecnici e informatici rivolti a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei portatori di handicap riconosciuti tali ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104 del 1992. Sono tali ad esempio le spese sostenute per l'acquisto di fax, modem, computer, telefono a viva voce, schermo a tocco, tastiera espansa.

Sono inoltre ammesse integralmente alla detrazione del 19% (quindi senza applicazione di franchigia) le altre spese riguardanti i mezzi necessari:

- all'accompagnamento;
- alla deambulazione;
- al sollevamento dei disabili accertati ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104 del 1992, indipendentemente dal fatto che fruiscono o meno dell'assegno di accompagnamento.

È prevista la detrazione del 19% anche per le spese sostenute dai sordi (riconosciuti ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381) per i servizi di interpretariato. Per poter fruire della detrazione, i soggetti interessati devono essere in possesso delle certificazioni fiscali rilasciate dai fornitori dei servizi di interpretariato. Tali

certificazioni devono essere conservate dal contribuente ed essere esibite agli uffici delle entrate in caso di apposita richiesta.

La detrazione del 19% sull'intero importo per tutte le spese sopraesposte spetta anche al familiare del disabile se questo risulta fiscalmente a carico.

6.5 Spese sanitarie sostenute dal familiare per particolari patologie

Il contribuente che, nell'interesse di un familiare titolare di redditi tali da non poter essere considerato fiscalmente a carico, e cioè redditi bassi ma comunque non superiori a €2.840,51, sostenga spese sanitarie relative a patologie esenti dal ticket (e che quindi possono riguardare anche i disabili) come cardiopatie, allergie o trapianti, può considerare onere detraibile dall'Irpef la parte di spesa che non trova capienza nell'imposta dovuta dal familiare affetto dalle predette patologie.

In questo caso, l'ammontare massimo delle spese sanitarie, sulle quali il familiare può fruire della detrazione del 19% (dopo aver tolto la franchigia di €129,11), è complessivamente pari a €6.197,48.

6.6 Le agevolazioni per il settore auto

Come si può evincere dal paragrafo che si va strutturando, il riconoscimento di questa agevolazione riguarda specifiche categorie di invalidi, che possono pertanto godere in quanto affette da specifiche menomazioni. Il malato di fibrosi cistica, per patologia, non presenta le condizioni che vengono elencate e pertanto non può accedere a questi benefici. Per correttezza e completezza dell'informazione, riteniamo comunque opportuno riportare l'informativa completa, qualora l'invalido possa, per altri motivi, trovarne utilità.

❖ 6.6.1 Nozioni Generali – chi ne ha diritto

Le spese sostenute per l'acquisto dei veicoli dei disabili danno diritto ad una detrazione dall'Irpef pari al 19% del loro ammontare.

Sono ammesse alle agevolazioni le seguenti categorie di disabili:

1. non vedenti e sordi;
2. disabili con handicap psichico o mentale titolari dell'indennità di accompagnamento;
3. disabili con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni;
4. disabili con ridotte o impedito capacità motorie.

I disabili di cui al punto 3 sono quelli che versano in una situazione di handicap grave prevista dal comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104 del 1992, certificata

con verbale dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (di cui all'art. 4 della citata legge n. 104 del 1992) presso la ASL.

Detti disabili sono quelli che versano in una situazione di handicap grave derivante da patologie (ivi comprese le pluriamputazioni) che comportano una limitazione permanente della deambulazione.

I disabili di cui al punto 4 sono coloro che presentano ridotte o impedito capacità motorie e che **non** risultano, contemporaneamente, "affetti da grave limitazione della capacità di deambulazione". Solo per tale categoria di disabili il diritto alle agevolazioni continua ad essere condizionato all'adattamento del veicolo.

❖ 6.6.2 Quali veicoli

Le agevolazioni per il settore auto possono essere riferite a seconda dei casi oltre che agli autoveicoli, anche ai seguenti veicoli quali motocarrozze, autoveicoli o motoveicoli per uso promiscuo, o per trasporto specifico del disabile e autocaravan (solo per la detrazione Irpef del 19%).

❖ 6.6.3 Quale documentazione presentare

Per le categorie di disabili *che hanno diritto alle agevolazioni auto senza necessità di adattamento*,

la documentazione che deve essere prodotta per attestare il diritto alle agevolazioni è la seguente:

- 1) certificazione attestante la condizione di disabilità;
- 2) ai soli fini dell'agevolazione Iva, dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante che nel quadriennio anteriore alla data di acquisto non è stato acquistato un analogo veicolo agevolato. Nell'ipotesi di acquisto entro il quadriennio occorre consegnare il certificato di cancellazione rilasciato dal PRA;
- 3) fotocopia dell'ultima dichiarazione dei redditi da cui risulta che il disabile è a carico dell'intestatario dell'auto, ovvero autocertificazione (nel caso in cui il veicolo sia intestato al familiare del disabile).

Per le categorie di disabili *che hanno diritto alle agevolazioni solo sui veicoli adattati* in quanto disabili con ridotte o impedito capacità motorie (ma non affetti da grave limitazione alla capacità di deambulazione), in aggiunta ai documenti sopra indicati dovranno presentare:

- 1) fotocopia della patente di guida speciale o fotocopia del foglio rosa "speciale" (solo per i disabili che guidano). Ai fini della detrazione Irpef si prescinde dal possesso di una qualsiasi patente di guida da parte sia del portatore di handicap che del contribuente cui risulta a carico;
- 2) ai soli fini dell'agevolazione Iva, in caso di prestazioni di servizi o nell'acquisto di accessori, autodichiarazione dalla quale risulti che si tratta

di disabilità comportante ridotte capacità motorie permanenti, come attestato dalla certificazione medica in possesso. Nella stessa dichiarazione si dovrà eventualmente precisare che il disabile è fiscalmente a carico dell'acquirente o del committente (ove ricorra questa ipotesi);

- 3) fotocopia della carta di circolazione, da cui risulta che il veicolo dispone dei dispositivi prescritti per la conduzione di veicoli da parte di disabile titolare di patente speciale oppure che il veicolo è adattato in funzione della minorazione fisico/motoria;
- 4) copia della certificazione di handicap o di invalidità rilasciata da una Commissione pubblica deputata all'accertamento di tali condizioni, in cui sia esplicitamente indicata la natura motoria della disabilità.

❖ 6.6.4 Agevolazioni fiscali per l'acquisto di veicoli.

Le spese per l'acquisto di veicoli adattati alla guida o al trasporto dei disabili con ridotte o impedito capacità motorie o di veicoli, anche se non adattati, destinati a disabili psichici o mentali danno luogo alle seguenti agevolazioni fiscali:

- 1) *detrazione dall'imposta IRPEF;*
- 2) *riduzione dell'IVA dal 20 al 4%;*
- 3) *esenzione dalle tasse automobilistiche, dall'imposta di trascrizione e dall'imposta di registro.*

Specifichiamo che potrà beneficiare di tutte le agevolazioni previste (cioè, ai fini Irpef, Iva e bollo auto) anche un familiare che ha sostenuto la spesa nell'interesse del disabile, a condizione che questo sia da considerare a suo carico ai fini fiscali. Per essere ritenuto "a carico" del familiare il disabile deve avere un reddito complessivo annuo entro la soglia di €2.840,51. Ai fini del limite, non si tiene conto dei redditi esenti, come ad esempio le pensioni sociali, le indennità (comprese quelle di accompagnamento), gli assegni e le pensioni erogati ai ciechi civili, ai sordi e agli invalidi civili. Superando il tetto è necessario, per poter beneficiare delle agevolazioni, che i documenti di spesa siano intestati al disabile (e non al suo familiare). Nel caso in cui più disabili siano fiscalmente a carico di una stessa persona, la stessa può fruire, nel corso dello stesso quadriennio, dei benefici fiscali previsti per l'acquisto di autoveicoli per ognuno dei portatori di handicap a suo carico. Esaminiamo, in particolare, le tre agevolazioni elencate:

- 1) *Detrazione dall'imposta IRPEF per i mezzi di locomozione adattati alla guida del disabile.*

Le spese riguardanti l'acquisto dei mezzi di locomozione dei disabili danno diritto a una detrazione d'imposta pari al 19% del loro ammontare.

Per mezzi di locomozione s'intendono le autoveicoli, senza limiti di cilindrata, e gli altri veicoli sopra elencati, usati o nuovi. La detrazione compete una sola volta

(cioè per un solo veicolo) nel corso di un quadriennio (decorrente dalla data di acquisto) e deve essere calcolata su una spesa massima di €18.075,99. È possibile riottenere il beneficio per acquisti effettuati entro il quadriennio, qualora il primo veicolo beneficiato risulti precedentemente cancellato dal Pubblico Registro Automobilistico (PRA).

In caso di furto, la detrazione per il nuovo veicolo, riacquistato entro il quadriennio, spetta al netto dell'eventuale rimborso assicurativo e deve comunque essere calcolata su una spesa massima di €18.075,99.

Per i disabili per i quali, ai fini della detrazione, non è necessario l'adattamento del veicolo, la soglia dei €18.075,99 vale solo per le spese di acquisto del veicolo, restandone escluse le ulteriori spese per interventi di adattamento necessari a consentirne l'utilizzo da parte del disabile (ad esempio la pedana sollevatrice, ecc.); spese che, a loro volta, possono fruire della detrazione del 19%.

Si può fruire dell'intera detrazione per il primo anno oppure, in alternativa, optare per la sua ripartizione in quattro quote annuali di pari importo.

2) Riduzione dell'IVA dal 20 al 4%:

È applicabile l'Iva al 4%, anziché al 21%, sull'acquisto di autoveicoli aventi cilindrata fino a 2000 centimetri cubici, se con motore a benzina, e fino a 2800 centimetri cubici, se con motore diesel, nuove o usate e sull'acquisto contestuale di optional.

L'Iva al 4% è applicabile anche alle prestazioni di adattamento di veicoli non adattati già posseduti dal disabile (anche se superiori ai citati limiti di cilindrata) e alle cessioni di strumenti e accessori utilizzati per l'adattamento. L'aliquota agevolata si applica solo per acquisti effettuati direttamente dal disabile o dal familiare di cui egli sia fiscalmente a carico (o per prestazioni di adattamento effettuate nei loro confronti).

Restano pertanto esclusi da questa agevolazione gli autoveicoli (anche se specificamente destinati al trasporto di disabili) intestati ad altre persone, a società commerciali, cooperative, enti pubblici o privati.

L'Iva ridotta per l'acquisto di veicoli si applica, senza limiti di valore, per una sola volta nel corso di quattro anni (decorrenti dalla data di acquisto), salvo riottenere il beneficio per acquisti entro il quadriennio, qualora il primo veicolo beneficiato sia stato cancellato dal PRA.

In caso di trasferimento del veicolo prima del decorso del termine di due anni dall'acquisto, è dovuta la differenza fra l'imposta dovuta in assenza di agevolazioni (21%) e quella risultante dall'applicazione delle agevolazioni stesse (4%), ad eccezione del caso in cui il disabile, in seguito a mutate necessità legate al proprio handicap, ceda il veicolo per acquistarne un altro su cui realizzare nuovi e diversi adattamenti.

La cessione prima dei due anni dall'acquisto del veicolo con Iva al 4% non comporta l'integrazione dell'imposta anche nel caso in cui il mezzo è ceduto dall'erede che lo ha ricevuto in eredità dalla persona disabile (risoluzione n. 136 del 28 maggio 2009).

3) Esenzione dal pagamento delle tasse automobilistiche (bollo auto) e dall'imposta di trascrizione sui passaggi di proprietà:

L'esenzione dal pagamento del bollo riguarda i veicoli indicati nel paragrafo delle nozioni generali, con i limiti di cilindrata previsti per l'applicazione dell'aliquota Iva agevolata (2000 centimetri cubici per le auto con motore a benzina e 2800 centimetri cubici per quelle diesel) e spetta sia quando l'auto è intestata allo stesso disabile, sia quando risulta intestata a un familiare di cui egli sia fiscalmente a carico. **Le Regioni hanno la potestà di ammettere a fruire dell'esenzione anche ulteriori categorie di persone disabili.** Se il disabile possiede più veicoli, l'esenzione spetta per uno solo dei veicoli che lui stesso potrà scegliere. La targa dell'auto prescelta dovrà essere indicata al competente Ufficio, al momento della presentazione della documentazione. Restano esclusi dall'esenzione gli autoveicoli intestati ad altri soggetti, pubblici o privati (come enti locali, cooperative, società di trasporto, taxi polifunzionali, eccetera).

⇒ *dove richiederlo:* l'ufficio competente ai fini dell'istruttoria di nuove pratiche di esenzione dal bollo auto, cui il disabile dovrà rivolgersi, è l'Ufficio tributi dell'ente Regione. Nelle Regioni in cui tali uffici non sono stati istituiti il disabile può rivolgersi all'ufficio territoriale dell'Agenzia delle Entrate. Alcune regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Puglia, Toscana, Umbria) e le province di Trento e Bolzano, per la gestione delle pratiche di esenzione dal pagamento della tassa automobilistica, si avvalgono dell'Acì.

I veicoli destinati al trasporto o alla guida di disabili appartenenti alle categorie sopra indicate (con esclusione, però, di non vedenti e sordi) sono esentati anche dal pagamento dell'imposta di trascrizione al PRA in occasione della registrazione dei passaggi di proprietà. Il beneficio compete sia in occasione della prima iscrizione al PRA di un'auto nuova, sia nella trascrizione di un "passaggio" riguardante un'auto usata. L'esenzione spetta anche in caso di intestazione a favore del familiare di cui il disabile sia fiscalmente a carico.

⇒ *dove richiederlo:* la richiesta di esenzione deve essere rivolta esclusivamente al PRA territorialmente competente.

❖ 6.6.5 Regole particolari per i disabili con ridotte o impedito capacità motorie.

Per i disabili con **ridotte o impedito capacità motorie** (ma non affetti da grave limitazione alla capacità di deambulazione) il diritto alle agevolazioni è **condizionato all'adattamento del veicolo** alla minorazione di tipo motorio di cui il di-

sabile (anche se trasportato) è affetto. La natura motoria della disabilità deve essere esplicitamente annotata sul certificato rilasciato dalla commissione medica presso la Asl di cui all'art. 4 della legge n. 104 del 1992 o anche da parte di altre commissioni mediche pubbliche incaricate ai fini del riconoscimento dell'invalidità.

Non è necessario che il disabile fruisca dell'indennità di accompagnamento. **Per i disabili con ridotte o impedito capacità motorie l'adattamento del veicolo è una condizione necessaria per tutte le agevolazioni (Iva, Irpef, bollo e imposta di trascrizione al PRA).** Per i disabili titolari di patente speciale, si considera ad ogni effetto "adattata" anche l'auto dotata di solo cambio automatico (o frizione automatica) di serie, purché prescritto dalla Commissione medica locale competente per l'accertamento dell'idoneità alla guida. I veicoli devono essere adattati prima dell'acquisto.

6.7 Agevolazioni fiscali per acquisto di sussidi tecnici e informatici

L'aliquota agevolata per i mezzi di ausili

Si applica l'aliquota Iva agevolata del 4% per l'acquisto di mezzi necessari alla deambulazione e al sollevamento dei disabili.

L'aliquota agevolata per i sussidi tecnici e informatici

Si applica l'aliquota Iva agevolata al 4% ai sussidi tecnici e informatici rivolti a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione dei portatori di handicap di cui all'articolo 3 della legge n. 104 del 1992. Rientrano nel beneficio le apparecchiature e i dispositivi basati su tecnologie meccaniche, elettroniche o informatiche, sia di comune reperibilità, sia appositamente fabbricati; deve inoltre trattarsi di sussidi da utilizzare a beneficio di persone limitate da menomazioni permanenti di natura motoria, visiva, uditiva o del linguaggio e per conseguire una delle seguenti finalità:

a) facilitare:

- la comunicazione interpersonale
- l'elaborazione scritta o grafica
- il controllo dell'ambiente
- l'accesso all'informazione e alla cultura

b) assistere la riabilitazione.

Per fruire dell'aliquota ridotta il disabile deve consegnare al venditore, prima dell'acquisto, la seguente documentazione:

- *specificata prescrizione* autorizzativa rilasciata dal medico specialista dell'ASL di appartenenza dalla quale risulti il collegamento funzionale tra la menomazione e il sussidio tecnico e informatico;

- *certificato*, rilasciato dalla competente ASL, attestante l'esistenza di una invalidità funzionale rientrante tra le quattro forme ammesse (cioè di tipo motorio, visivo, uditivo o del linguaggio) e il carattere permanente della stessa.

6.8 IVA ridotta per ausili protesici e per lavori di abbattimento delle barriere architettoniche

Premessa per la FC: come abbiamo potuto vedere dalla Circolare attuativa della L.548/93 "...viene assicurata ai pazienti la completa gratuità dei farmaci e di ogni altro mezzo terapeutico necessario per le cure domiciliari..." nonché "...tutto quanto è necessario per le cure domiciliari..."

Sono assoggettati all'IVA del 4% gli acquisti e le prestazioni seguenti:

- a) presidi, protesi e ausili tecnici relativi a menomazioni funzionali permanenti;
- b) poltrone e veicoli simili per invalidi, anche con motore, compresi i servoscale e gli altri mezzi finalizzati al superamento delle barriere architettoniche;
- c) apparecchi di ortopedia, protesi dentarie e oculistiche,
- d) prestazioni di servizi dipendenti da contratti di appalto aventi ad oggetto la realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento delle barriere architettoniche.

6.9 Eliminazione delle barriere architettoniche

Rientrano tra le spese per interventi di ristrutturazione edilizia, agevolabili con la detrazione Irpef del 36% (50% per le spese sostenute nel periodo 26 giugno 2012 – 30 giugno 2013), quelle sostenute per l'eliminazione delle barriere architettoniche, riguardanti ad esempio ascensori e montacarichi, e quelle per la realizzazione di strumenti che, attraverso la comunicazione, la robotica e ogni altro mezzo tecnologico, siano adatti a favorire la mobilità interna ed esterna delle persone portatrici di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992.

La detrazione per l'eliminazione delle barriere architettoniche non è fruibile contemporaneamente alla detrazione del 19% a titolo di spese sanitarie riguardanti i mezzi necessari al sollevamento del disabile.

La detrazione del 19% su tali spese, pertanto, spetta solo sulla eventuale parte in più rispetto alla quota di spesa già assoggettata alla detrazione del 36% (o del 50% per le spese sostenute nel periodo 26 giugno 2012 – 30 giugno 2013).

Si ricorda che la detrazione è applicabile alle spese sostenute per realizzare interventi previsti unicamente sugli immobili, per favorire la mobilità interna ed esterna del disabile. Non si applica, invece, alle spese sostenute per il semplice acquisto di strumenti o beni mobili, sia pure ugualmente diretti a favorire la comunicazione e la mobilità interna ed esterna del disabile: non rientrano, pertanto, in questa tipologia di agevolazione, ad esempio, l'acquisto di telefoni a viva voce, schermi a tocco, computer o tastiere espanse. Tali beni, infatti, sono inquadrabili nella categoria dei sussidi tecnici e informatici per i quali è già previsto l'altro beneficio consistente nella detrazione del 19%.

La sostituzione di gradini con rampe, sia negli edifici che nelle singole unità immobiliari, può essere considerata intervento che determina il diritto alla detrazione se risulta conforme alle prescrizioni tecniche previste dalla legge sull'abbattimento delle barriere architettoniche (fermo restando, tuttavia, il diritto alla detrazione secondo le regole vigenti, qualora gli stessi interventi possano configurarsi quali interventi di manutenzione ordinaria o straordinaria).

Tra gli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche che danno diritto alla detrazione rientra anche la realizzazione di un elevatore esterno all'abitazione. Per le prestazioni di servizi relative all'appalto dei lavori in questione, è applicabile l'aliquota Iva agevolata del 4%, anziché quella ordinaria del 21%.

6.10 Eredità e donazioni a favore del disabile grave

Per il pagamento dell'imposta di successione e donazione, quando l'erede o il donatario è una persona portatrice di handicap, riconosciuto grave ai sensi della legge n. 104 del 1992, l'imposta si applica esclusivamente sulla parte del valore della quota o del legato che supera l'ammontare di €1.500.000,00.

CAPITOLO VII DIRITTO AI SERVIZI SOCIALI

7.1 Cosa sono i Servizi Sociali

I servizi sociali sono l'insieme degli interventi e delle prestazioni volti a promuovere e garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione derivanti da inadeguatezza di reddito, condizioni di non autonomia e difficoltà sociali.

La normativa vigente affida ai Comuni l'organizzazione dell'offerta dei servizi e della loro erogazione, insieme alla definizione dei requisiti e delle condizioni di accesso agli interventi e alle prestazioni.

I Comuni favoriscono l'integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari per garantire una risposta complessiva e articolata al bisogno di salute del cittadino, attraverso il coordinamento tra servizi sociali erogati dal Comune e servizi socio-sanitari erogati dalle Asl.

I servizi sociali erogano una serie di attività al fine di garantire cura, assistenza e aiuto alle famiglie e alle persone bisognose: bambini, adulti, anziani, disabili, utenti con problemi di dipendenza, immigrati, ecc. Nei servizi sociali sono comprese tutte le attività ed i servizi volti ad aiutare le persone a superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che si incontrano durante la vita. Le singole prestazioni sono definite a livello locale, nell'ambito dei programmi per le politiche sociali e sono erogate in forma gratuita o a parziale/totale pagamento (sulla base dell'indicatore ISEE), o di prestazioni economiche destinate a rimuovere o superare le condizioni di disabilità, di bisogno o di disagio individuale e familiare.

Sono escluse dal concetto di servizi sociali, come definito dalla legge sulla riforma dell'assistenza sociale dell'8 novembre 2000, n. 328, soltanto le prestazioni previdenziali e sanitarie, nonché le attività di amministrazione della giustizia.

7.2 Prestazioni economiche

Le prestazioni economiche comprendono non soltanto le pensioni, gli assegni e le indennità delle quali abbiamo parlato nel capitolo III e che, in base a specifiche disposizioni della suddetta legge di riforma, dovrebbero essere riordinate secondo nuovi criteri, ma anche tutti gli altri benefici economici che possono essere concessi dai Comuni, in aggiunta ai suddetti trattamenti, per contrastare le condizioni di povertà dei soggetti impossibilitati a provvedere al mantenimento proprio e della famiglia. Si può ottenere un aiuto economico quando ci si trova in uno stato di bisogno o si vive in una particolare condizione di fragilità (come ad esempio la perdita del lavoro o cassaintegrazione, famiglie monoreddito, malattia grave o in-

validità, anziani soli, famiglie numerose...) Tali situazioni vengono definite nel regolamento comunale attraverso parametri economici (certificazione ISEE) e sociali e valutati dall'assistente sociale attraverso colloqui o altri interventi ritenuti caso per caso idonei dello stato di bisogno e progetto di intervento.

Qualche esempio:

- Buoni da spendere in supermercati convenzionati per generi alimentari
- Assegni o buoni in occasione di un nuovo nato
- Pagamento utenze domestiche di prima necessità
- Pagamento parziale del canone di affitto
- Sostegno parziale o totale di rette di asilo nido e scuole dell'infanzia

In alcuni casi il Comune è la porta di accesso per ottenere alcuni contributi regionali o statali, quali ad esempio:

- l'assegno di maternità (per le donne che non lavorano e non hanno altra copertura previdenziale);
- l'assegno per le famiglie dal terzo figlio (importo variabile in base al numero dei minori presenti nel nucleo).

7.3 Altri Servizi Sociali

Altri servizi o prestazioni sociali sono, a vario titolo e con diverse modalità, previsti nel sistema integrato di interventi per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti o per sostenere le responsabilità familiari.

Analogamente, è data facoltà ai Comuni di prevedere, in presenza di particolare disagio economico o sociale, riduzioni o esenzioni dal pagamento della tassa per la nettezza urbana o dell'imposta comunale sugli immobili (ICI/IMU).

Tra le situazioni disagiate rientrano quelle connesse all'invalidità civile di un determinato grado, secondo le valutazioni del consiglio comunale e nel rispetto dell'equilibrio di bilancio.

7.4 Calcolo della situazione economica: il modello I.S.E.E.

L'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) è un sistema per misurare la situazione economica delle famiglie che richiedono, ad enti ed istituti, servizi a titolo gratuito o a costo ridotto e condiziona pertanto l'accesso ai servizi sociali agevolati. Con questo sistema si verifica il diritto del richiedente ad ottenere prestazioni sociali agevolate legate alla sua capacità economica. Per il calcolo ISEE è sufficiente compilare una autocertificazione nella quale indicare le informazioni sulla situazione reddituale e patrimoniale dei componenti della famiglia necessarie per il calcolo.

Infatti l'ISEE è il risultato di un calcolo nel quale sono prese in considerazione due variabili:

- 1) la situazione economica reddituale (data dalla somma dei redditi assoggettabili ad IRPEF e dei redditi derivanti da attività finanziarie di tutti i componenti il nucleo familiare);
- 2) la situazione economica patrimoniale (alla quale partecipano il patrimonio mobiliare e quello immobiliare).

Il valore della situazione reddituale viene sommato al 20% di quello della situazione patrimoniale ed il totale è diviso per un parametro il cui importo dipende dal numero dei componenti il nucleo familiare (cosiddetta “scala di equivalenza”). Per il calcolo dell’ISEE è possibile presso le sedi Inps o presso i CAAF (Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale) presenti sul territorio, i quali aiutano nella compilazione del modello e rilasciano l’attestazione ISEE, valida per un anno.

Cosa fare.

Il cittadino che vuole ottenere un servizio sociale la cui erogazione è subordinata a una determinata situazione economica deve presentare all’ente che fornisce il servizio, oppure al comune o all’INPS, una dichiarazione sostitutiva unica con l’indicazione dei propri redditi e patrimoni, nonché della composizione del nucleo familiare.

Non devono essere dichiarati i redditi esenti da IRPEF, cioè le somme percepite per finalità assistenziali (come le pensioni, gli assegni e le indennità degli invalidi civili) o risarcitorie (come le pensioni di guerra).

La dichiarazione è detta “unica” perché si compila una sola volta l’anno e vale per tutti i componenti del nucleo familiare.

L’INPS, al quale l’ente o il comune deve far pervenire la dichiarazione, calcola l’ISEE e lo trasmette all’ente cui è stato richiesto il servizio e all’interessato, che se ne potrà servire per chiedere altri servizi: è bene per questo motivo tenere sempre una copia in più.

⇒ Quali applicazioni

L’ISEE viene utilizzato dai Comuni per concedere prestazioni e servizi come l’erogazione degli assegni per il nucleo familiare, gli assegni per la maternità, l’assistenza domiciliare, contributi economici, ecc. . . .

L’ISEE viene utilizzato da quegli Enti o Istituzioni che concedono prestazioni sociali agevolate (es. borse di studio, mense scolastiche, ecc.) o alcuni servizi di pubblica utilità (es. riduzione canone telefonico).

L’ISEE ha trovato applicazione anche per la concessione di benefici quali:

⇒ rimborso delle spese di cura e di soggiorno sostenute all’estero presso centri di altissima specializzazione.

Per tali spese è già previsto un contributo da parte del Ministero della salute. Per la parte rimasta in carico dell’interessato o della famiglia un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri ha previsto un rimborso, da parte

del Comune, nella misura del 100% se l'indicatore della situazione economica equivalente è inferiore a 32.000 euro e dell'80% se detto indicatore non supera i 52.000 euro. È stato inoltre previsto un concorso pari all'80% delle spese di soggiorno all'estero se l'indicatore è superiore a 52.000 euro.

⇒ *Quali esclusioni.*

Per espressa disposizione di legge, l'indicatore della situazione economica equivalente non si applica per ottenere le seguenti prestazioni: pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili, integrazione al minimo, maggiorazione sociale delle pensioni INPS e altre prestazioni corrisposte da tale Istituto.

7.5 Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali

Il programma degli interventi e dei servizi sociali che il Governo si propone di adottare è definito ogni tre anni attraverso un Piano nazionale, che indica gli obiettivi strategici e gli indirizzi generali da realizzare secondo il principio della solidarietà sociale, cioè con il concorso dello Stato, Regioni, Province, Comuni e delle Associazioni di promozione sociale, delle comunità locali e delle famiglie. Il Piano nazionale è approvato periodicamente con decreto del Presidente della Repubblica e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale.

7.6 Carta dei servizi sociali

La "Carta dei Servizi" è il mezzo attraverso il quale qualsiasi soggetto che eroga un servizio pubblico individua gli standard della propria prestazione, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti in capo al cittadino-utente-consumatore.

Attraverso la Carta dei Servizi i soggetti erogatori di servizi pubblici si impegnano, dunque, a rispettare determinati standard qualitativi e quantitativi, con l'intento di monitorare e migliorare le modalità di fornitura e somministrazione.

Lo scopo principale della Carta dei Servizi Sociali è pertanto quello di stabilire un "patto" tra l'Ente Locale e la Cittadinanza, basato su principi chiari e condivisi, considerato che i Servizi Sociali Associati sono destinati ad intervenire in un ambito di azione particolarmente delicato, dovendo promuovere benessere, soddisfazioni e relazioni significative tra persone. In particolare la Carta dei Servizi viene realizzata tenendo conto dei seguenti criteri generali:

- ⇒ la volontà dell'Ente di fornire un servizio di buona qualità ai cittadini e a coloro che si trovano sul territorio, assumendo impegni concreti e rendendoli pubblici;
- ⇒ il coinvolgimento di tutti i soggetti che, avendo partecipato alla definizione dei piani di zona, erogano le prestazioni sociali sulla base di contratti di servizio, prevedendo costanti momenti di confronto;

- ⇒ la previsione di periodici momenti di valutazione partecipata sull'andamento dei servizi, nella consapevolezza che le dimensioni della qualità non sono misurabili solo in base ad indicatori oggettivi, pur importanti, ma attraverso la condivisione delle esperienze, per attuare un costante miglioramento dei servizi stessi;
- ⇒ la partecipazione attiva del cittadino alla definizione del progetto nonché alla sua eventuale rielaborazione allorché le sue esigenze dovessero mutare;
- ⇒ la garanzia del rispetto dei reciproci diritti e doveri, per stimolare un continuo confronto tra Servizi Sociali Associati e cittadini, finalizzato al miglioramento dei servizi stessi.

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali richiama l'obbligo di ogni Comune, in quanto responsabile dell'offerta dei servizi sociali, di adottare la *carta dei servizi sociali*, in cui devono essere indicati i criteri che il Comune stesso intende seguire per l'accesso ai servizi e le modalità del relativo funzionamento.

Questo obbligo dev'essere assolto entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto presidenziale di approvazione del Piano.

La Carta dei Servizi Sociali, al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti riconosciuti, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

7.7 Titoli per l'acquisto di servizi sociali

Un'altra importante innovazione introdotta dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, e richiamata dal Piano Nazionale è la previsione dei titoli validi per l'acquisto dei servizi sociali.

⇒ *Chi li concede*

Questi titoli possono essere concessi, su richiesta degli interessati, dai Comuni e possono essere utilizzati per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale, nonché dalle pensioni sociali e dalle pensioni, assegni e indennità previste per gli invalidi civili.

Per la concessione dei detti titoli le Regioni fissano i criteri e le modalità da seguire, nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per l'integrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale.

⇒ *Che cosa fare*

Il cittadino al quale il titolo è rilasciato può rivolgersi, per ottenere l'erogazione del servizio, a uno dei fornitori accreditati e questi è tenuto ad accettarlo come titolo di pagamento.

I soggetti che possono fornire i servizi sociali col sistema sopra indicato devono essere accreditati dal Comune, il quale corrisponde al fornitore tariffe per le prestazioni erogate, in base a criteri predeterminati.

7.8 L'amministratore di sostegno

Tra gli interventi di politica sociale assume particolare importanza l'istituzione dell'amministratore di sostegno, cioè di un soggetto nominato dal giudice tutelare per assistere una persona che per infermità o menomazione fisica o psichica si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

Si tratta di un istituto giuridico che viene incontro alle esigenze delle famiglie aventi al proprio interno persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana; un istituto particolarmente avvertito per le persone affette da deficit intellettivo, per le quali si presenta maggiormente il problema del *dopo di noi*.

La nomina dell'amministrazione di sostegno può essere proposta da parenti o affini della persona da assistere, ovvero dal tutore, dal curatore o dal pubblico ministero.

La legge istitutiva (9 gennaio 2004, n. 6) reca disposizioni dettagliate da osservare sia nella fase procedimentale, sia in quella del compimento degli atti da parte dell'amministratore o dello stesso interessato assistito dall'amministratore.

CAPITOLO VIII

DIRITTO AI PERMESSI PARENTALI PER FIGLI E FAMILIARI DI DISABILI

8.1 Premessa

L'Inps, con la Circolare n. 32 del 6.03.2012, ritiene opportuno dare la giusta informazione e divulgazione riguardo le ultimissime novità in materia di **“riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi”**. Citando il decreto legislativo n. 119 del 18 luglio 2011, **“Attuazione dell’art. 23 della legge 4 novembre 2010, n. 183 (anche detto Collegato Lavoro), recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi”** – entrato in vigore l’11 agosto 2011, evidenzia le importanti modifiche apportate alla normativa relativa ai congedi ed ai permessi per l’assistenza alle persone in situazione di disabilità grave, modificando così il ben più famoso decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 nonché l’art. 33 della legge 104/92.

8.2 I permessi lavorativi

A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa. Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l’assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità.

Per l’assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente. Successivamente al compimento del terzo anno di età del bambino con handicap in situazione di gravità, il diritto a fruire dei permessi di cui all’articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente, anche in maniera continuativa nell’ambito del mese.

Possano infine essere concessi allo stesso soggetto portatore di handicap grave (accertato) che abbia un rapporto di lavoro e che necessiti di permessi per se stesso.

⇒ Primi otto anni di vita: per ogni minore con handicap grave, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, hanno diritto, entro il compimento dell’ottavo anno di vita del bambino, al prolungamento del congedo pa-

rentale, fruibile in misura continuativa o frazionata, per un periodo massimo di tre anni (compresi i congedi parentali di cui hanno diritto la generalità dei lavoratori). La retribuzione è al 30% fino al terzo anno di vita del bambino. Successivamente si mantiene la medesima retribuzione solo se non si superano determinate soglie reddituali. Il congedo parentale (che spetta ai soli genitori) **può** essere cumulato – in giorni diversi – con il congedo biennale retribuito. Se si sceglie di non fruire di questa opportunità è possibile usufruire di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino. L'articolo 24 della Legge 4 novembre 2010, n. 183 ha ammesso la possibilità di fruire, alternativamente alle due agevolazioni precedenti, anche dei tre giorni di permesso mensile previsti per gli altri beneficiari. I genitori possono fruire, alternativamente fra loro, dei permessi. Inoltre, la stessa norma, ha ammesso alla fruizione dei tre giorni di permesso mensile anche i parenti e gli affini del minore di tre anni in situazione di disabilità grave. Da questi benefici sono ancora escluse le lavoratrici autonome e quelle che svolgono la propria attività a domicilio o svolgono lavori domestici. In caso di prestazione di lavoro inferiore alle sei ore giornaliere può essere concessa una sola ora di permesso.

⇒ Dopo il terzo anno di vita: dopo il compimento del terzo anno di vita del figlio con handicap grave, la madre, o in alternativa il padre, ha diritto non più alle due ore di permesso, ma ai soli tre giorni di permesso mensile, che possono essere fruiti in via continuativa ma devono essere utilizzati nel corso del mese di pertinenza. È importante sottolineare che la Legge 8 marzo 2000, n. 53 (articolo 20) ha precisato definitivamente che i permessi lavorativi spettano al genitore anche nel caso in cui l'altro non ne abbia diritto. Ad esempio, quindi, i permessi spettano al lavoratore padre anche nel caso la moglie sia casalinga o disoccupata, o alla lavoratrice madre se il padre è lavoratore autonomo; inoltre, l'articolo 24 della Legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto un elemento di ulteriore flessibilità: ha precisato che il diritto ai tre giorni di permesso “è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente, anche in maniera continuativa nell'ambito del mese”.

⇒ Parenti, affini e coniuge: l'articolo 33 della Legge 104/1992 prevede che i permessi di tre giorni possano essere concessi anche a familiari diversi dai genitori del disabile grave accertato tale con specifica certificazione di handicap. L'articolo 24 della Legge 4 novembre 2010, n. 183 ha ridefinito la platea degli aventi diritto, modificando l'articolo 33 della Legge 104/1992. Secondo la vigente disposizione in assenza di ricovero della persona con handicap grave da assistere, possono godere dei tre giorni di permesso mensile retribuiti e coperti da contributi:

- ⇒ il genitore
- ⇒ il coniuge
- ⇒ il parente o l'affine entro il secondo grado (esempio, nonni, nipoti in quanto figli del figlio, fratello).

I parenti ed affini di terzo grado (esempio, zii e bisnonni) possono fruire dei permessi lavorativi solo ad una delle seguenti condizioni:

- ⇒ quando i genitori o il coniuge della persona con handicap siano deceduti o mancanti;
- ⇒ quando i genitori o il coniuge della persona con handicap abbiano compiuto i 65 anni oppure siano affetti da patologie invalidanti.

Va anche sottolineato che, in forza delle modificazioni introdotte dalla Legge 183/2010 sono scomparsi dalla normativa i requisiti di assistenza esclusiva e continuativa richiesti, in precedenza, nel caso il lavoratore non fosse convivente con la persona con disabilità. L'obbligo di convivenza era stato superato dall'articolo 20, comma 1, della legge 8 marzo 2000, n. 53 a condizione, appunto, che sussistesse la continuità e l'esclusività dell'assistenza.

- ⇒ Lavoratori con handicap: I lavoratori disabili, in possesso del certificato di handicap con connotazione di gravità, possono richiedere due tipi di permessi:

- un permesso pari a due ore giornalieri
- tre giorni di permesso mensile.

Dopo una serie di pareri e sentenze di segno opposto, la Legge 8 marzo 2000, n. 53 ha definitivamente chiarito (articolo 19) che i due tipi di permesso non sono fra loro cumulabili, ma sono alternativi: o si usufruisce dei tre giorni di permesso oppure delle due ore giornalieri. Per gli assicurati INPS una Circolare (n. 133/2000, punto 1) ammette che la variazione da fruizione a ore a fruizione in giornate e viceversa possa essere eccezionalmente consentita, anche nell'ambito di ciascun mese, nel caso in cui sopraggiungano esigenze improvvise, non prevedibili all'atto della richiesta di permessi, esigenze che, peraltro, devono essere opportunamente documentate dal lavoratore. Indicazioni analoghe vengono fornite dalla Circolare INPDAP 9 dicembre 2002, n. 33.

Anche in questo caso va ricordato che i permessi non spettano nel caso il richiedente sia impegnato in lavoro domestico o presso il proprio domicilio.

8.3 A quali condizioni

Condizione essenziale per poter fruire dei permessi è che la persona da assistere sia stata riconosciuta, dall'apposita commissione di cui all'art. 4 della legge 9 febbraio 1992, n. 104, persona handicappata in situazione di gravità e che la stessa non sia ricoverata a tempo pieno.

Infatti, in caso di ricovero la persona non ha bisogno dell'assistenza di un familiare.

Altra condizione è che il familiare che chiede il permesso abbia un lavoro dipendente, pubblico o privato.

Si richiede inoltre che nel nucleo familiare non convivano altre persone che, non avendo un lavoro dipendente o autonomo, siano in grado di prestare assistenza al disabile.

8.4 In caso di ricovero: permessi sì - permessi no

⇒ Le indicazioni del Ministero del Lavoro:

Il Ministero del Lavoro (Nota n. 13 del 20 febbraio 2009) ha ammesso la concessione dei permessi, in casi particolari, anche in presenza di ricovero. Se il disabile deve recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie, interrompe il tempo pieno del ricovero e determina il necessario affidamento del disabile all'assistenza del familiare il quale, ricorrendone dunque gli altri presupposti di legge (parentela e affinità), avrà diritto alla fruizione dei permessi. Il lavoratore è tenuto alla presentazione di apposita documentazione rilasciata dalla struttura competente che attesti le visite o le terapie effettuate e i permessi possono essere concessi solo in quella occasione. Il monte ore massimo dei permessi è comunque di tre giorni mensili.

⇒ Le indicazioni INPS:

L'INPS ha precisato con Circolare 90/2007 che per ricovero a tempo pieno si intende quello che copre l'intero arco delle 24 ore, escludendo pertanto i ricoveri in day-hospital e in centri diurni con finalità assistenziali o riabilitative o occupazionali. Nella stessa Circolare introduce un'altra eccezione: i permessi possono essere concessi anche nel caso di ricovero a tempo pieno di una persona con handicap grave (indipendentemente dall'età) se questi si trovi in coma vigile o in stato terminale. Queste condizioni sanitarie e la necessità di assistenza sono accertate dal dirigente responsabile del Centro medico legale della Sede INPS.

⇒ I bambini con età inferiore ai tre anni con handicap grave:

I permessi possono essere concessi nel caso di ricovero a tempo pieno, finalizzato ad un intervento chirurgico oppure a scopo riabilitativo. In questi casi viene richiesta una documentazione prodotta dai sanitari della struttura ospedaliera di bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

8.5 Quali effetti sul rapporto di lavoro

la fruizione dei permessi lavorativi derivanti dall'articolo 33 della Legge 104/1992 non incide negativamente sulla maturazione delle ferie e della tredicesima mensilità.

Il Ministero del Lavoro, nel proprio Parere del 5 maggio 2004 aveva affermato, rifacendosi a direttive comunitarie, recepite anche in Italia, che ferie e tredicesima mensilità non potevano essere decurtate. Le “decurtazioni di ferie e tredicesima mensilità, per effetto dell’incidenza negativa dei permessi retribuiti ex articolo 33 Legge 104/1992”, risulterebbero inammissibili e potrebbero configurare, addirittura, specifiche discriminazioni. A sostegno di questa tesi il Ministero del Lavoro si rifaceva al recepimento di una importantissima direttiva comunitaria che afferma il principio di parità di trattamento – applicabile “a tutte le persone sia nel settore pubblico che nel privato” – esteso esplicitamente anche nei riguardi dei portatori di handicap. La direttiva in questione, recepita dal Decreto Legislativo 9 luglio 2003, n. 216 è la 2000/78/CE che tratta appunto di parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro (Gazzetta Ufficiale n. 187 del 13 agosto 2003).

Successivamente anche il Dipartimento della Funzione Pubblica con una propria Nota Circolare (8 marzo 2005, n. 208) aveva confermato la medesima indicazione rispetto alle ferie.

Anche il Parere del Consiglio di Stato (9 novembre 2005, n. 3389) dichiara che tredicesima mensilità e ferie non possono essere decurtate quando i permessi sono fruiti in modo non cumulativo agli altri congedi parentali.

Sia l’INPS (Messaggio 6 marzo 2006, n. 7014) che il Ministero del Lavoro (Nota Circolare del 14 gennaio 2006), con proprie note circolari, hanno ripreso le indicazioni del Consiglio di Stato, mettendo fine ad un dubbio interpretativo che creava notevoli sperequazioni e disparità di trattamento. L’indicazione pertanto è cogente sia nel settore pubblico che nel settore privato.

Purtroppo quanto sin qui espresso riguarda solo i permessi lavorativi e non anche i congedi retribuiti riconosciuti ai genitori di persone con handicap grave.

8.6 Prolungamento del congedo parentale

L’art. 3 del decreto legislativo n. 119/2011 ridefinisce le modalità di fruizione del prolungamento del congedo parentale. Il decreto legislativo n. 151/2001 all’art. 33 prevedeva il prolungamento, fino a tre anni del normale congedo parentale con diritto, per tutto il periodo, alla indennità economica pari al 30% della retribuzione. Il nuovo art. 33, comma 1, del decreto legislativo n. 151/2001 stabilisce, invece, la possibilità, fruibile alternativamente da parte di ciascun genitore del disabile in situazione di gravità, di beneficiare del prolungamento del congedo parentale per un periodo massimo, comprensivo dei periodi di normale congedo parentale, di tre anni da godere entro il compimento dell’ottavo anno di vita dello stesso (con diritto, per tutto il periodo, alla indennità economica pari al 30% della retribuzione).

Il prolungamento del congedo parentale decorre a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente. Non apportando modifiche al comma 1 dell'art. 42 del decreto legislativo n. 151/2001, ne deriva che i genitori del disabile in situazione di gravità, in alternativa a tale beneficio, continuano a poter fruire dei riposi orari retribuiti fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.

Alla luce del vigente disposto normativo, pertanto:

- i genitori, anche adottivi, con bambini fino a tre anni di età hanno la possibilità di fruire, in alternativa, dei tre giorni di permesso, ovvero delle ore di riposo giornaliero, ovvero del prolungamento del congedo parentale;
- i genitori, anche adottivi, con bambini oltre i tre anni e fino agli otto anni di vita possono beneficiare, in alternativa, dei tre giorni di permesso, ovvero del prolungamento del congedo parentale;
- i genitori, anche adottivi, con figli oltre gli otto anni di età possono fruire dei tre giorni di permesso mensile.

Si chiarisce che i giorni fruiti, fino all'ottavo anno di età del bambino, a titolo di congedo parentale ordinario e di prolungamento del congedo parentale non possono superare in totale i tre anni. I periodi di assenza per congedo parentale (ordinario e prolungato), le due ore di permesso giornaliero retribuito vengono calcolati ai fini dell'anzianità di servizio ma restano esclusi ai fini del calcolo delle ferie.

8.7 Congedo straordinario per l'assistenza al figlio handicappato

- ⇒ A chi spetta: il Decreto Legislativo 119/2011, pur confermando i beneficiari potenziali (coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle) previsti dalla normativa e dalla giurisprudenza precedente, fissa condizioni diverse di priorità nell'accesso ai congedi. L'ordine di priorità è: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle. Rimane ferma la condizione dell'assenza di ricovero con le eccezioni di cui abbiamo detto in precedenza. Il primo beneficiario è, quindi, il coniuge convivente con la persona gravemente disabile. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, ha diritto a fruire del congedo il padre o la madre anche adottivi (anche se non conviventi con il figlio). Non viene previsto alcun limite di età di chi dovrebbe assistere il disabile. In caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del «padre e della madre» (nel testo è usata la formula congiuntiva “e”, non quella disgiuntiva “o”), anche adottivi, ha diritto a fruire del congedo uno dei figli conviventi. Se anche i figli conviventi sono deceduti, mancanti o invalidi, il beneficio passa ad uno dei fratelli o delle sorelle conviventi. Nella sostanza i congedi non possono essere concessi ai figli nel caso in cui il genitore con handicap grave sia sposato e

la moglie dello stesso sia presente non invalida. Si precisa che per mancanza si intende sia come situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto), sia ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, continuativa e debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità, quale: divorzio, separazione legale o abbandono. Per l'individuazione delle patologie invalidanti, invece, in assenza di un'esplicita definizione di legge, si ritiene corretto prendere a riferimento soltanto quelle, a carattere permanente, indicate nel Decreto Interministeriale n. 278 del 21 luglio 2000 (Regolamento recante disposizioni concernente congedi per eventi e cause particolari).

⇒ *Congedi parentali fino all'ottavo anno di vita:* il prolungamento del congedo parentale era già previsto dall'articolo 33 del Decreto Legislativo 151/2001 ma è stato oggetto di modifica e precisazione con il Decreto legislativo n. 119/2011 che ha chiarito che quando si parla di tre anni ci si riferisce alla durata del prolungamento e che tale può essere fruito fino agli otto anni di vita del bambino. Le circolari INPS n. 32/2011 e del Dipartimento Funzione Pubblica n. 1/2012 concordano nel riconoscere la possibilità, fruibile alternativamente dai genitori del disabile in situazione di gravità, di beneficiare del prolungamento del congedo parentale per un periodo massimo, comprensivo dei periodi di normale congedo parentale, di tre anni da godere entro il compimento dell'ottavo anno di vita dello stesso. Va rammentato che, in questi casi, per tutto il periodo, l'indennità economica è pari al 30% della retribuzione. Il prolungamento del congedo parentale decorre a partire dalla conclusione del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente. È bene precisare che "tre anni" è la somma totale dei congedi (ordinario e prolungamento) che possono essere fruiti dai genitori.

⇒ *A quali condizioni:* condizione essenziale per la fruizione del congedo straordinario e che la persona da assistere sia stata riconosciuta handicappata in situazione di gravità e che il richiedente il congedo abbia titolo a fruire dei permessi di tre giorni mensili o, a seconda dei casi, di due ore giornaliere. Inoltre, la condizione prioritaria ed essenziale per accedere ai congedi biennali retribuiti è che il disabile non sia ricoverato a tempo pieno. Tuttavia il Decreto Legislativo 119/2011, riformulando l'articolo 42 del Decreto Legislativo 151/2001, ha introdotto l'eccezione a questo requisito nel caso in cui la presenza del familiare sia richiesta dalla struttura sanitaria. Questa eccezione, consente la concessione dei congedi nei casi di ricovero ospedaliero, momento in cui la persona può necessitare, spesso ancora più del solito, della vicinanza di un parente.

- ⇒ La durata del congedo: il comma 5-bis dell'art. 42 del decreto legislativo n. 151/2001 precisa che “il congedo fruito ai sensi del comma 5 non può superare la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa”. Destinatario della norma in esame è la persona disabile in situazione di gravità: questi ha diritto a due anni di assistenza a titolo di congedo straordinario da parte dei familiari individuati dalla legge. I dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati possono richiedere, per gravi e documentati motivi familiari, un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni. Si chiarisce, a titolo esemplificativo, che utilizzati i due anni, il genitore avrà esaurito anche il limite individuale per “gravi e documentati motivi familiari”.
- ⇒ Retribuzione, ferie e tredicesima: il nuovo comma 5-ter dell'art. 42 del decreto legislativo n. 151/2001 stabilisce che il richiedente il congedo straordinario ha diritto a percepire un' indennità corrispondente all'ultima retribuzione, ma con riferimento esclusivamente alle voci fisse e continuative del trattamento. L'indennità è corrisposta nella misura dell'ultima retribuzione percepita e cioè quella dell'ultimo mese di lavoro che precede il congedo, esclusi gli emolumenti variabili della retribuzione. Il tetto massimo complessivo dell'indennità per congedo straordinario e del relativo accredito figurativo è rivalutato annualmente secondo gli indici Istat. Ai sensi del successivo e nuovo comma 5-quater la fruizione di un periodo di congedo straordinario continuativo non superiore a sei mesi, matura il diritto a fruire di permessi non retribuiti in misura pari al numero dei giorni di congedo ordinario che avrebbero maturato nello stesso arco di tempo lavorativo, senza il riconoscimento del diritto a contribuzione figurativa. Il comma 5-quinquies stabilisce che i periodi di congedo straordinario non sono computati ai fini della maturazione di ferie, tredicesima e trattamento di fine rapporto, ma, essendo coperti da contribuzione figurativa, sono validi ai fini del calcolo dell'anzianità assicurativa.

8.8 Il referente unico

Il nuovo comma 5-bis dell'art. 42 del decreto legislativo n. 151/2001 estende anche al congedo straordinario il principio del “referente unico” già introdotto dall'art. 24 della legge n. 183/2010 per i permessi ex legge 104/92. In particolare non possono essere riconosciuti a più di un lavoratore per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità sia i permessi di cui all'art. 33 della legge 104/92 sia il congedo straordinario di cui all'art. 42 del Decreto Legislativo n. 151/2001. Il nuovo comma 5-bis, prevede specifiche disposizioni in deroga a favore dei genitori, anche adottivi, di figli disabili in situazione di gravità in quanto viene riconosciuta la possibilità di fruire di entrambe le tipologie di benefici per

lo stesso figlio anche alternativamente, fermo restando che nel giorno in cui un genitore fruisce dei permessi, l'altro non può utilizzare il congedo straordinario.

8.9 Diritto alla scelta della sede di lavoro

⇒ Diritto al trasferimento

I commi 5 e 6 dell'articolo 33 della Legge 104/1992 prevedono che il genitore o il familiare lavoratore e il lavoratore disabile hanno diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio.

Questa disposizione, proprio a causa di quel "ove possibile", si configura come un interesse legittimo, ma non come un diritto soggettivo insindacabile.

Di fatto, quindi, l'azienda può produrre rifiuto motivandolo con ragioni di organizzazione del lavoro. Le condizioni per accedere a questo beneficio sono comunque legate, per i familiari, all'assistenza continuativa ed esclusiva del congiunto con disabilità. Anche per questo beneficio, come per i permessi, non è richiesta la convivenza.

Una disposizione particolare (articolo 21) riguarda le persone handicappate "con un grado di invalidità superiore ai due terzi" o invalide per servizio di prima, seconda o terza categoria (Tabella A della Legge 10 agosto 1950, n. 648): nel caso vengano assunti presso gli enti pubblici come vincitori di concorso o ad altro titolo, hanno diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili.

⇒ Il rifiuto al trasferimento

I commi 5 e 6 dell'articolo 33 della Legge 104/1992 prevedono che il genitore o il familiare lavoratore e il lavoratore disabile non possono essere trasferiti senza il loro consenso ad altra sede. Diversamente da quanto previsto per la scelta della sede, il rifiuto al trasferimento si configura come un vero e proprio diritto soggettivo. Si tratta infatti di una disposizione che rafforza ed estende quanto già previsto dal Codice Civile.

⇒ Diritto di scelta in caso di prima assegnazione

Non si richiede invece detta condizione di gravità, ma solo il riconoscimento del grado di invalidità superiore ai 2/3 per l'invalide assunto presso un ente pubblico come vincitore di concorso o ad altro titolo. In tal caso, l'invalide ha diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili e ha diritto di precedenza nei trasferimenti a domanda.

CAPITOLO IX

DIRITTO AL COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO AL LAVORO

9.1 La riduzione della capacità lavorativa

Il grado di invalidità è riferito all'incidenza che ha la menomazione sulla capacità lavorativa dell'invalido. La misura della menomazione, espressa in forma percentuale, è indicata nell'apposita tabella predisposta dal Ministero della Sanità. **La riduzione della capacità lavorativa deve essere “permanente” e non irreversibile.** La permanenza va intesa come obiettiva incertezza della sua durata e della sua possibilità di guarigione o miglioramento.

9.2 Il collocamento obbligatorio dei disabili

Il collocamento lavorativo dei cittadini disabili è regolamentato dalla legge 68/1999. Questa legge ha come finalità la promozione dell'inserimento al lavoro e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. In particolare, nel caso di base occupazionale da 15 a 35 lavoratori occorre assumere almeno un disabile (su chiamata nominativa), da 35 a 50 i disabili debbono essere due (uno assunto su chiamata nominativa l'altro su chiamata numerica), oltre 50 la riserva è pari al 7% della forza lavoro (60% su chiamata nominativa e 40% su chiamata numerica). È opportuno quindi che, al momento di presentare la domanda di invalidità civile, il cittadino in età lavorativa che vuole essere iscritto alle liste speciali per il collocamento lavorativo, faccia richiesta di essere sottoposto anche all'accertamento della condizione di disabilità ai sensi della legge 68/1999.

9.3 Verifica delle capacità lavorative residue

Lo scopo primario della valutazione delle abilità residue è principalmente quello di definire progetti personalizzati di riqualificazione professionale degli invalidi ed ottenere un collocamento mirato degli stessi. In ambito sanitario, a seguito della nuova impostazione dell'approccio alla disabilità, la valutazione del paziente affetto da menomazioni è oggi vista quindi non più unicamente come semplice rilevazione dei deficit presenti, bensì come **quantificazione delle abilità residue**; tale concetto, già espresso nella legge 104 del 1992 art. 3, è stato ribadito dalla legge 68 del '99 e più recentemente nel Decreto Presidenziale del 13/1/2000. In quest'ultimo, *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art. 1, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n. 68”* si individuano le modalità secondo le quali le commissioni di cui all'art. 4, della legge 104 del '92, formuleranno una diagnosi funzionale della persona disabile; tale diagnosi avrà come obiettivo l'individuazione della capacità globale

per il collocamento lavorativo del disabile. La legge '68 elimina la dichiarazione di incollocabilità prevista per le persone con invalidità civile; ora, infatti, le persone cui è stata riconosciuta un'invalidità totale con percentuale di invalidità pari al 100% (e/o al 100% più accompagnamento), hanno diritto:

- alla valutazione delle capacità lavorative;
- ad accedere al lavoro e/o a percorsi di inserimento mirato, qualora tale valutazione risulti positiva.

9.4 A chi spetta

I soggetti che possono usufruire delle agevolazioni previste dalla legge sono:

- persone in età lavorativa dai 15 ai 65 anni di età per gli uomini e 60 anni per le donne, affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo, che non lavorano e che desiderano collocarsi al lavoro come invalidi, e che presentino almeno il 46% di invalidità;
- persone non vedenti o sordomute;
- persone invalide civili, di guerra e per servizio.

Non sono da ritenersi compresi tra gli aventi titolo al collocamento mirato al lavoro:

- i soggetti con grado di invalidità civile inferiore al 46%;
- i soggetti con un grado di invalidità del 100% e con potenzialità lavorativa "abolita" e/o "quasi abolita" e/o conservata solo per attività non redditizie.

Solo il cittadino in età lavorativa che vuole iscriversi alle liste speciali per essere avviato al lavoro come categoria protetta, deve fare richiesta di essere sottoposto all'accertamento della condizione di disabilità ai sensi della legge 68/1999.

In tutti gli altri casi, come ad esempio la richiesta di beneficio economico, tale accertamento è del tutto inutile. L'attuale normativa (Legge 247, art. 1 comma 35 e 36 del 24/12/2007), non prevede più, per soggetti non interessati al collocamento al lavoro ed aventi diritto all'assegno di invalidità, l'obbligo di iscrizione alle liste del collocamento per poter richiedere l'erogazione del beneficio. Sarà sufficiente una dichiarazione all'INPS, Ente erogatore, nella quale l'invalido autocertifica di non svolgere attività lavorativa.

9.5 Collocamento mirato

Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

A tale scopo la Commissione Medica di accertamento dell'invalidità in raccordo con il Comitato tecnico Provinciale formula una relazione per ogni soggetto indi-

cando una linea progettuale per l'integrazione e le tipologie di collocamento mirato, le eventuali forme di sostegno e gli strumenti tecnici, onde inserire o mantenere al lavoro la persona disabile. Le forme tipo di inserimento consistono in:

- Collocamento mirato senza interventi di supporto;
- Collocamento mirato con il supporto di un servizio di mediazione;
- Collocamento mirato con il supporto di un servizio di mediazione e con l'utilizzo di strumenti tecnici;
- Percorso formativo propedeutico al collocamento mirato (per i disabili più gravi, eventualmente anche attraverso l'inserimento in cooperative).

⇒ **Il datore di lavoro:** nell'ottica di flessibilità del mercato del lavoro e di agevolazione all'inserimento dei soggetti disabili il datore di lavoro può stipulare convenzioni con gli uffici competenti e/o con le cooperative sociali, anche con modalità di distacco presso la cooperativa stessa. Le predette convenzioni possono assumere particolare importanza in quanto gli uffici competenti potranno concedere ai datori di lavoro contributi e sgravi fiscali piuttosto rilevanti all'aumentare della percentuale di disabilità del soggetto e rimborsi economici al lavoratore disabile.

9.6 Che fare

La disabilità deve essere accertata da una commissione medica istituita presso la ASL ed i criteri di accertamento delle condizioni di disabilità per l'inserimento lavorativo e quelli per l'effettuazione delle visite di controllo della permanenza dello stato di invalidità si basano sulle indicazioni relative al profilo socio-lavorativo del disabile e sulla diagnosi funzionale.

La commissione medica di accertamento, integrata da un operatore sociale e da un esperto dei casi da esaminare, formula una relazione conclusiva, nella quale possono essere predisposti suggerimenti per eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro del disabile, che viene inviata al disabile e alla commissione provinciale per le politiche del lavoro.

L'invalido che abbia ottenuto detto riconoscimento, che è disoccupato e che aspira ad una occupazione conforme alle proprie capacità lavorative si iscrive in un elenco tenuto dalla commissione provinciale per le politiche del lavoro.

Tale commissione annota in una scheda intestata a ciascun invalido le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché la natura e il grado della minorazione e analizza le caratteristiche dei posti da assegnare, favorendo l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro.

Anche le disabilità già accertate in base alla precedente normativa (L. 482/68) devono, ai fini dell'inserimento lavorativo, essere certificate dalla Commissione prevista dalla legge n. 68/99, su richiesta dell'interessato da presentare alla segre-

teria della commissione tecnica di accertamento, tramite modulo predisposto dagli uffici della ASL e disponibile anche presso i Centri per l'Impiego.

9.7 La graduatoria

L'articolo 8 della legge n. 68/99 istituisce l'elenco provinciale delle persone disabili. Le persone di cui al comma 1 dell'art. 1 della predetta legge, che non siano in una delle condizioni per le quali è prevista la cancellazione dall'elenco, possono chiedere di essere iscritte all'elenco provinciale mediante presentazione dell'interessato presso il Centro per l'impiego competente per domicilio e conseguente presentazione di apposita domanda, corredata dalla documentazione attestante la condizione prevista.

Pur essendo ad oggi orientamento comune di aziende private ed Enti pubblici l'utilizzo dello strumento della Convenzione, che consente loro di individuare i lavoratori in modo più mirato e congruo alle esigenze organizzative e produttive, le graduatorie rimangono comunque un'importante modalità prevista dalla norma e regolamentata da criteri stabiliti dal Ministero e dalle Regioni di appartenenza.

Esistono sia due graduatorie per tipologia di avviamento

- graduatoria per l'accesso al pubblico impiego;
- graduatoria per avviamenti numerici nelle aziende private.

che due graduatorie per tipologia di iscritti:

- graduatoria delle persone disabili iscritte;
- graduatoria degli orfani, profughi ed equiparati (art. 18.2) iscritti.

I criteri sui quali le graduatorie sono formulate sono:

- dichiarazione ISEE del nucleo familiare;
- percentuale d'invalidità;
- tipologia d'invalidità;
- carichi familiari;
- età anagrafica.

Inoltre, solo per la graduatoria per il pubblico impiego incide il grado d'invalidità. La nuova legge n. 68/99 prevede per tutti i disabili disoccupati un unico elenco, con unica graduatoria e unica percentuale (7% dei lavoratori occupati dall'azienda se essi sono più di 50 unità, mentre per le aziende minori è previsto l'obbligo di assumere un invalido se i lavoratori occupati sono almeno 15 e non più di 35, e due invalidi se i lavoratori occupati sono almeno 35 e non più di 50).

Per le persone disabili è indicata in forma sintetica anche la tipologia di inserimento lavorativo risultante dal profilo lavorativo eventualmente definito dalla commissione competente.

L'elenco e la graduatoria sono pubblici e vengono formati applicando i criteri indicati nell'atto di indirizzo e coordinamento emanato dal Presidente del Consiglio

dei Ministri con decreto 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 2000.

9.8 Controllo della permanenza dello stato invalidante

Possono inoltre essere effettuate visite di controllo periodiche, per verificare la permanenza dello stato invalidante e la misura delle capacità accertate, oppure, in caso di aggravamento delle condizioni di salute o di variazioni delle mansioni, su specifica richiesta del disabile o dell'azienda o dell'ente presso il quale il disabile è stato inserito.

9.9 Comitato tecnico

Per il conseguimento di detta finalità e per assicurare l'applicazione di criteri omogenei di valutazione, dare concretezza al principio del collocamento mirato e consentire la formazione della graduatoria unica, la legge prevede la costituzione in ambito provinciale di un Comitato tecnico, composto da funzionari ed esperti del settore sociale e medico-legale e degli organismi individuati dalla Regione con particolare riferimento alla materia dell'inabilità.

Rientrano nei compiti del Comitato tecnico la valutazione delle residue capacità lavorative, la definizione degli strumenti e delle prestazioni atti all'inserimento lavorativo e la predisposizione dei controlli periodici sulla permanenza delle condizioni di disabilità. Il Comitato tecnico avvisa la Commissione medica sul percorso di inserimento al lavoro della persona disabile, anche ai fini delle eventuali visite sanitarie di controllo.

9.10 Diritto alla formazione professionale

Il principio del collocamento mirato postula la necessità della formazione professionale degli invalidi, compito affidato alle Regioni in base alla legge 21 dicembre 1978, n. 845, e successive modificazioni.

I percorsi formativi individualizzati per disabili sono interventi, annuali o biennali, il cui obiettivo formativo è la professionalizzazione dell'allievo che si realizza attraverso l'acquisizione della qualifica anche parziale, la certificazione delle competenze e l'attivazione di misure di accompagnamento all'inserimento lavorativo. Il fine principale è quello di garantire pari opportunità per le persone disabili per la piena integrazione nella società, in linea con il Piano d'Azione Europeo 2004/2012. La metodologia di base è la formazione individualizzata articolata in moduli di formazione in aula, rafforzata dai tirocini formativi. Ad occuparsene territorialmente sono i centri per l'impiego dove è possibile presentare la domanda.

- ⇒ A chi sono rivolti: a tutti i disabili che hanno assolto l'obbligo di istruzione con un'età non superiore a 29 anni (in caso di disponibilità di posti è possibile inserire oltre tale limite).
- ⇒ Cosa fare: il genitore (o chi ne fa le veci) dello studente minorenni o lo studente/disoccupato maggiorenne, può presentare la domanda d'iscrizione presso la sede del Centro di Formazione Professionale che attiverà il corso scelto.

9.11 Corsi formativi

In base a tale legge gli invalidi sono ammessi a frequentare corsi formativi organizzati da enti pubblici e privati, tenendo conto dell'orientamento emerso dai piani educativi realizzati durante l'iter scolastico.

9.12 Riqualificazione professionale

La legge n. 68, poi, stabilisce che qualora ai fini del collocamento mirato si renda necessaria un'adeguata riqualificazione professionale, le Regioni possono autorizzare, con oneri a proprio carico, lo svolgimento della relativa attività presso la stessa azienda che effettua l'assunzione, oppure affidarne lo svolgimento, mediante convenzioni, ad organismi di promozione sociale.

9.13 Avviamento al lavoro e tirocini formativi

I datori di lavoro assumono i disabili aventi diritto al collocamento obbligatorio facendone richiesta di avviamento ai competenti uffici del lavoro, oppure attraverso la stipula di convenzioni.

⇒ Presso aziende private.

Le richieste di avviamento presso aziende private sono in parte nominative e in parte numeriche, a seconda del numero dei lavoratori privati. I disabili psichici sono avviati al lavoro sempre con richiesta nominativa.

⇒ Presso enti pubblici.

I datori di lavoro pubblici, invece, effettuano le assunzioni sempre con richiesta numerica. Per il personale delle qualifiche 6°, 7° e 8° le assunzioni vengono effettuate mediante pubblico concorso, nell'ambito del quale i disabili che riportano l'idoneità hanno diritto alla riserva di posti nei limiti della complessiva quota d'obbligo e fino al 50% dei posti messi a concorso.

9.14 Diritto alla maggiorazione del servizio pensionabile

Connesso al diritto al collocamento al lavoro è il diritto ad una maggiorazione, ai fini pensionistici, del servizio prestato. Un beneficio da tempo proposto dall'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili in considerazione delle con-

dizioni stressanti in cui gli invalidi, a differenza dei normodotati, svolgono l'attività lavorativa.

- ⇒ A chi spetta: il beneficio è concesso, in forma di contribuzione figurativa, agli invalidi civili aventi un grado di invalidità superiore al 74%, per i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni, aziende private o cooperative-lavoro.
- ⇒ A quali condizioni: la norma che prevede il beneficio (articolo 80 della legge 23 dicembre 2000 (n. 388) ha avuto effetto dal 1° gennaio 2002; quindi non è applicabile agli invalidi collocati in pensione prima di detta data.
- ⇒ Misura: la maggiorazione è concessa in ragione di due mesi per ogni anno di servizio effettivamente prestato, fino a un massimo di cinque anni. Si calcola sui servizi, anche se anteriori al 1° gennaio 2002, resi in concomitanza col possesso del suddetto requisito sanitario (grado di invalidità superiore al 74%).
- ⇒ Cosa fare: la maggiorazione è attribuita all'atto della liquidazione della pensione. A quel momento l'interessato dovrà presentare apposita domanda, allegando la certificazione (verbale della competente commissione sanitaria) attestante il riconoscimento di detto grado di invalidità.
- ⇒ Considerazioni: le indicate condizioni, alle quali il diritto al beneficio è subordinate, ne restringono molto la concessione. L'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili aveva proposto condizioni meno restrittive, anche al fine di incentivare l'anticipata volontaria cessazione dell'attività lavorativa e consentire il turn-over con altri invalidi in attesa di occupazione.

9.15 Diritti dei disabili assunti

Diritto al trattamento giuridico ed economico: i disabili assunti col sistema del collocamento obbligatorio hanno diritto al trattamento giuridico ed economico previsto dalle leggi e dai contratti collettivi di lavoro.

9.16 Lavoro compatibile

Un obbligo del datore di lavoro è quello di assegnare i compiti lavorativi tenendo conto delle capacità e delle condizioni dei lavoratori in rapporto alla loro salute e sicurezza (D. Lgs.626/1994, Art 4, punto 5 lettera c).

La legge 68/1999 per i lavoratori disabili assunti tramite il collocamento obbligatorio prevede quanto sopra anche per le aziende che non hanno un medico competente aziendale. Nella commissione vi è un medico del lavoro che di fatto emette un giudizio e indicherà i compiti compatibili con lo stato di salute.

Il lavoratore può richiedere al datore di lavoro, per tramite del medico competente aziendale (Art 17 punto 1 lettera i) previa visita medica e giudizio di idoneità dello stesso, di essere adibito a mansioni compatibili con il proprio stato di salute. È comunque importante verificare quanto previsto dalla contrattazione.

Alcuni contratti collettivi prevedono che, superato il periodo di conservazione del posto, il dipendente (riconosciuto idoneo al lavoro ma non allo svolgimento delle mansioni corrispondenti al proprio profilo professionale) possa essere utilizzato in mansioni equivalenti nell'ambito della stessa categoria. Qualora ciò non fosse possibile il lavoratore, con il suo consenso, potrà essere adibito anche a mansioni proprie di profilo professionale corrispondente a categoria inferiore.

9.17 Cessazione del rapporto di lavoro

La cessazione del rapporto di lavoro della persona appartenente alle categorie protette deve essere comunicata entro 10 giorni agli uffici competenti della provincia di riferimento.

9.18 Divieto di licenziamento

Il licenziamento dell'invalide assunto in base alla normativa sul collocamento obbligatorio segue la generale disciplina normativa e contrattuale solo quando è motivato dalle comuni ipotesi di giusta causa e giustificato motivo, mentre quando è determinato dall'aggravamento dell'infermità che ha dato luogo al collocamento obbligatorio, è legittimo solo in presenza delle condizioni previste dall'art. 10, legge n. 482/1968, ossia la perdita totale della capacità lavorativa o la situazione di pericolo per la salute e l'incolumità degli altri lavoratori o per la sicurezza degli impianti, accertati dall'apposita commissione medica; nel caso in cui all'invalide risulti una capacità lavorativa; inoltre, sussiste in capo al datore di lavoro l'obbligo di adibirlo a mansioni equivalenti o anche inferiori compatibili con il nuovo stato dell'infermità, se la struttura organizzativa dell'azienda e la situazione dell'organico aziendale lo consentono.

Alcune Novità previste per il 2013

❖ Cambia il requisito anagrafico minimo per le provvidenze economiche

A decorrere dall'1/1/2013, il requisito anagrafico minimo previsto per il conseguimento dell'assegno sociale nonché dell'assegno sociale sostitutivo della pensione di inabilità civile, dell'assegno mensile di assistenza agli invalidi civili parziali e della pensione non reversibile ai sordi, viene adeguato all'incremento della speranza di vita, in attuazione dell'art. 12 del D.L. 78/2010 convertito nella legge n. 122 del 30 luglio 2010, pertanto, tali prestazioni potranno essere concesse al compimento di 65 anni e 3 mesi. Si precisa inoltre che per effetto del requisito anagrafico per l'assegno sociale, con decorrenza dall'1/1/2013, la pensione d'inabilità civile, l'assegno mensile di assistenza agli invalidi parziali e la pensione non reversibile ai sordi, sono concesse, a seguito del riconoscimento sanitario e sussistendo le altre condizioni socio economiche previste, a soggetti di età non inferiore al diciottesimo anno e fino al compimento del sessantacinquesimo anno e tre mesi. I cittadini che hanno presentato domanda di assegno sociale e compiono il sessantacinquesimo anno di età entro il 31/12/2012, conseguiranno il diritto all'assegno sociale sostitutivo, secondo la normativa previdente (msg. N. 16587 INPS del 12/10/2012). A decorrere dal 1/1/2018 il requisito anagrafico per il conseguimento di cui sopra, è incrementato di un anno a cui si deve aggiungere l'incremento della speranza di vita.

❖ L'obbligo delle aziende di assumere persone disabili, cambia la base di calcolo

La riforma del lavoro approvata dal Ministro Fornero (divenuta legge 92/12 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale il 28 giugno scorso) ha portato una serie di novità riguardanti la categoria delle persone con disabilità, come indicato nel comma 27 dell'articolo 4 della riforma. In particolare la novità riguarda la base occupazionale sulla quale le aziende devono calcolare il numero di assunzioni obbligatorie di persone disabili, attraverso le quote riservate.

La novità introdotta con la riforma riguarda la considerazione della base occupazionale sulla quale effettuare il calcolo, ovvero quanti sono considerati "assunti" per calcolare la percentuale di quote riservate ai lavoratori disabili. In questo senso, la legge vede un evidente aumento della base occupazionale (e quindi delle relative quote riservate), poiché sono inclusi nel computo tutti i lavoratori assunti con vincolo di subordinazione, ad eccezione di lavoratori assunti tramite collocamento obbligatorio, i soci di cooperative di produzione e lavoro, i dirigenti, i contratti di inserimento, i lavoratori somministrati presso l'utilizzatore, i lavoratori assunti per attività all'estero (per la corrispondente durata), gli Lsu, i lavoratori

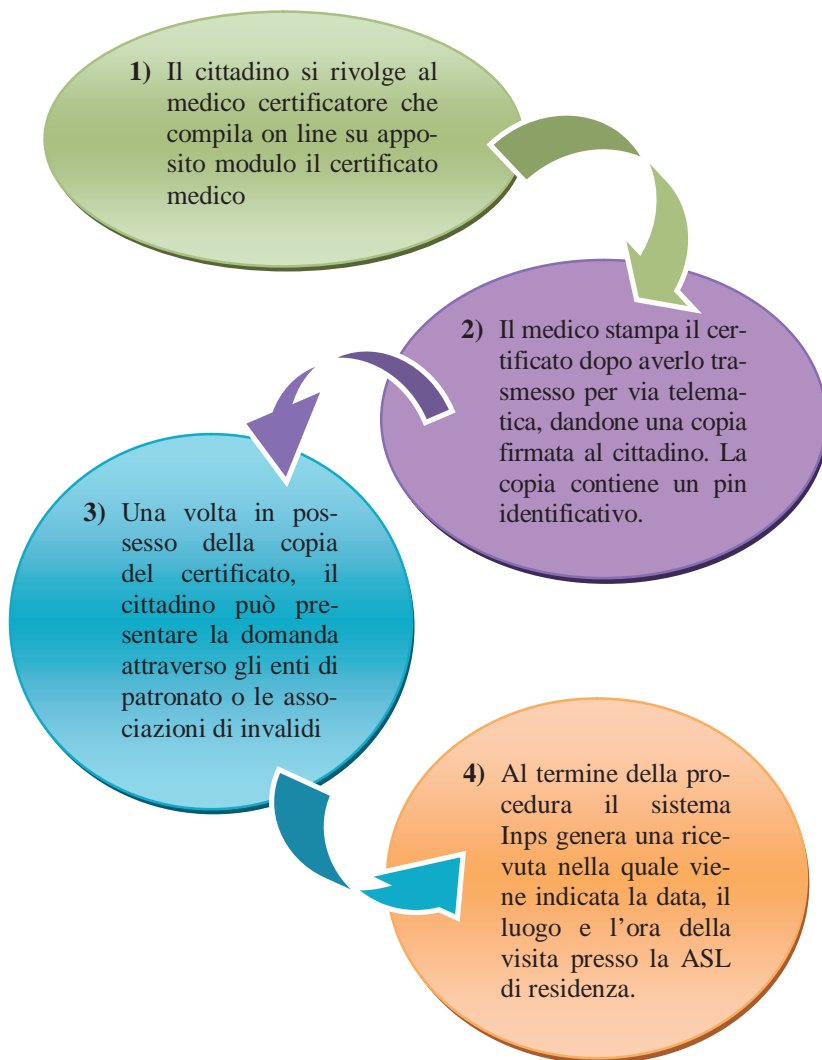
a domicilio, i lavoratori emersi ex legge 383/2000, gli apprendisti. Tra i conteggiati, anche gli assunti con contratto a tempo determinato fino a nove mesi.

Tenuto conto delle novità introdotte nel computo delle quote riservate, le aziende dovranno procedere a riconteggiare la loro posizione provvedere a mettersi in regola, pena l'applicazione di sanzioni. Per quanto riguarda termini e scadenze, la norma non ha ancora fissato un termine per il riconteggio, né per la decorrenza dell'obbligo di assunzione: probabilmente si attenderà il 31 dicembre 2012, data di redazione del prospetto annuale. Per quelle aziende che prima erano fuori dalla prima fascia (15-35 dipendenti) e che col nuovo conteggio si troveranno a farne parte, l'obbligo di copertura della quota è entro i 60 giorni dalla nuova assunzione.

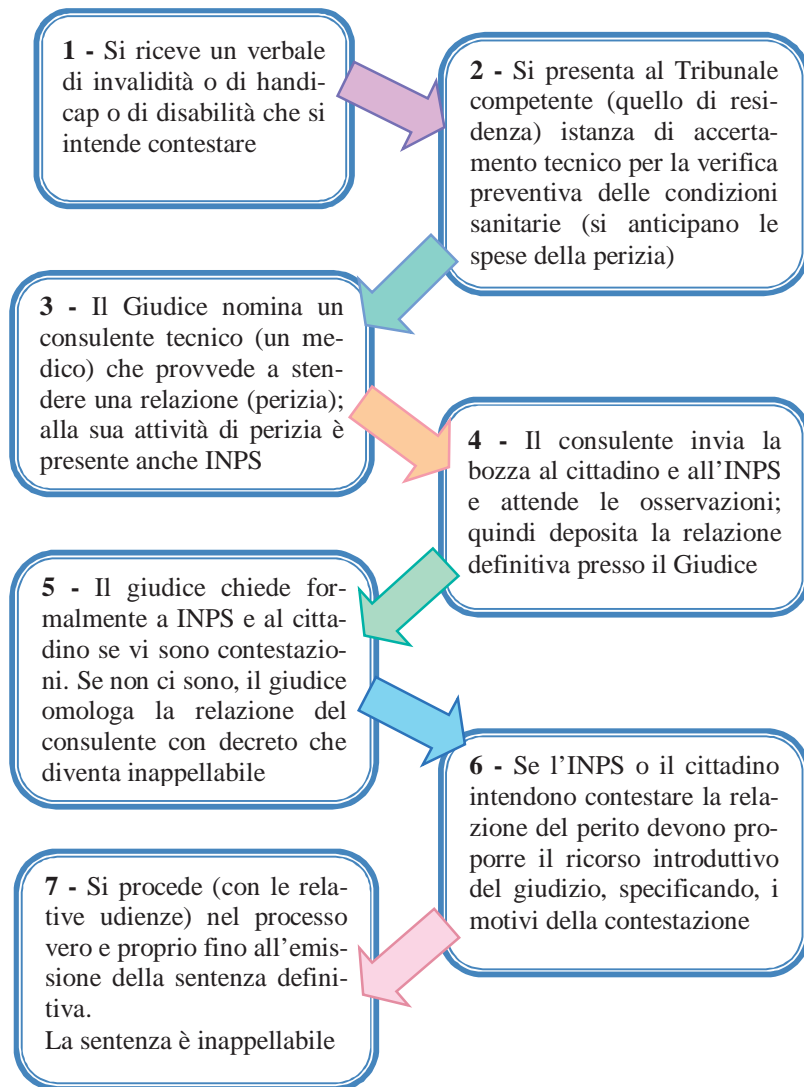
Per accedere agli strumenti del collocamento mirato, la persona deve avere una percentuale di invalidità uguale o superiore al 46%, unitamente a una certificazione che attesti e descriva le capacità residue al lavoro che viene rilasciata da una commissione per l'accertamento delle capacità lavorative residue operante in tutte le ASL. Le aziende che devono adempiere all'obbligo di assunzione di lavoratori con disabilità, presentano richiesta presso i Centri per l'impiego, che si occupano di incrociare le liste dei disoccupati con disabilità.

RIASSUMENDO

Iter di presentazione della domanda di invalidità



*Iter per il ricorso avverso la decisione della Commissione esaminate
(dal primo gennaio 2012 sulla base del nuovo l'articolo 445 bis del Codice di
procedura civile, come modificato dall'articolo 38 della Legge 111/2011)*



Alcune scadenze e relativi costi da ricordare

<i>PRESTAZIONE</i>	<i>STRUMENTO</i>	<i>TEMPI e VALIDITÀ</i>	<i>DOVE</i>	<i>COSTI</i>
<i>Per la domanda di invalidità ed handicap (L.104/92)</i>	<i>Certificato medico</i>	<i>90 gg per presentarlo</i>	<i>dal medico certificatore</i>	<i>SI</i>
<i>Invalidi civili totali titolari di indennità di accompagnamento, invalidi civili parziali titolari di assegno mensile di assistenza, di indennità di frequenza</i>	<i>Dichiarazione di Responsabilità (*) circa l'assenza di ricovero o di reddito</i>	<i>Ogni 31 marzo salvo proroghe (***)</i>	<i>Sito INPS o presso i CAF</i>	<i>NO (**)</i>
<i>Per contestare il verbale di invalidità</i>	<i>Istanza di accertamento tecnico preventivo</i>	<i>180 gg dalla notifica del verbale</i>	<i>Tribunale competente</i>	<i>SI</i>

() per i possessori del PIN dispositivo è possibile effettuare la compilazione e l'invio della certificazione richiesta senza spese.*

*(**) se il malato si fa sostenere da un CAF, questi potrebbero richiesti dei costi.*

*(***) gli invalidi al 100% titolari di sola pensione di invalidità NON sono tenuti a presentare nessuna dichiarazione periodica relativa alla loro invalidità.*

I Modelli INPS da inviare sono differenti a seconda di cosa si deve dichiarare:

MODELLO INPS	DESCRIZIONE
<i>Modello ICLAV – sussistenza dei requisiti per l’assegno mensile di mantenimento</i>	<i>viene richiesta la presenza di eventuali redditi da lavoro (autonomo, dipendente, socio di coop.) nel 2011 e nel 2012. In questo caso è necessario il CUD 2012 – quindi l’appuntamento deve essere fissato nel mese di marzo, dopo che è stato consegnato il CUD 2012 da parte del datore di lavoro. Serve il CUD 2012 per i redditi del 2011, e le buste paga del 2012 per determinare il reddito presunto del 2012</i>
<i>Modello ICRIC – sussistenza dei requisiti per l’indennità di accompagnamento o indennità di frequenza</i>	<i>è necessario che il soggetto dichiari se ci sono stati ricoveri in qualunque struttura sanitaria nel 2011 o nel 2012 e se questi ricoveri sono stati a carico della struttura pubblica o pagati direttamente dall’invalido o dai familiari. Servono le date di ricovero</i>
<i>Modello PSAS/ACC – sussistenza dei requisiti per la pensione sociale/assegno sociale</i>	<i>riguarda le pensioni sociali / assegni sociali e viene richiesto tutto quello che richiede il Modello ICLAV e ICRIC (se c’è un ricovero in casa di riposo e il contribuente paga parte della retta: anche il nome dell’istituto, l’importo eventualmente pagato, e il periodo di ricovero). Servono le date di eventuali soggiorni all’estero nel 2011 e 2012 superiori ai 30 giorni</i>

Un breve estratto da:

DECRETO MINISTERIALE del 5 FEBBRAIO 1992

Ministero della Sanità

“Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d’invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti” (Pubblicato nella Gazz. Uff. 26 febbraio 1992, n. 47, S.O.)

Nota: il testo contiene le rettifiche introdotte dal Decreto Ministeriale 14 giugno 1994

Il Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell’interno e il Ministro del Tesoro

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Vista la legge 26 luglio 1988, n. 291;

Visto il decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509;

Vista la legge 29 dicembre 1980, n. 407, recante norme diverse per l’attuazione della manovra di finanza pubblica 1991-1993; Visto, in particolare, l’art. 3, comma 3, che prevede che il Ministro della sanità provvede, di concerto con i Ministri dell’interno e del tesoro, a stabilire nuove tabelle per i gradi dell’invalidità civile secondo i criteri della legislatura vigenti; Sentito il Consiglio sanitario nazionale;

Decreta:

Articolo 1

È approvata la nuova tabella indicativa delle percentuali d’invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti.

La predetta tabella, articolata in cinque parti, costituisce parte integrante del presente decreto che sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Nuova tabella indicativa delle percentuali d’invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti sulla base della classificazione internazionale dell’organizzazione mondiale della sanità

PRIMA PARTE

Modalità d’uso della nuova tabella d’invalidità

La nuova tabella fa riferimento alla incidenza delle infermità invalidanti sulla capacità lavorativa secondo i criteri della normativa vigente. Pertanto richiede l’analisi e la misura

percentuale di ciascuna menomazione anatomico-funzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa. La tabella elenca sia infermità individuate specificatamente, cui è attribuita una determinata percentuale “fissa”, sia infermità il cui danno funzionale permanente viene riferito a fasce percentuali di perdita della capacità lavorativa di dieci punti, utilizzate prevalentemente nei casi di più difficile codificazione. Molte altre infermità non sono tabellate ma, in ragione della loro natura e gravità, è possibile valutarne il danno con criterio analogico rispetto a quelle tabellate.

1) Il danno funzionale permanente è riferito alla capacità lavorativa (art. 1, comma 3 ed art. 2 comma 2 D.L. 23 novembre 1988, n. 509) che deve intendersi come capacità lavorativa generica con possibilità di variazioni in più del valore base, non superiori a cinque punti di percentuale, nel caso in cui vi sia anche incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità cosiddetta semispecifica) e sulla capacità lavorativa specifica.

Le variazioni possono anche essere nel senso di una riduzione, non maggiore di cinque punti quando l’infermità risulti non avere incidenza sulla capacità lavorativa semispecifica e specifica.

2) NEL CASO DI INFERMITÀ UNICA, la percentuale di BASE della invalidità permanente viene espressa utilizzando, per le infermità elencate nella tabella:

a) la percentuale fissa di invalidità, quando l’infermità corrisponde, per natura e grado, esattamente alla voce tabellare (colonna “fisso”);

b) la misura percentuale di invalidità calcolata rimanendo all’interno dei valori di fascia percentuale che la comprende quando l’infermità sia elencata in fascia (colonna “min-max”);

c) se l’infermità non risulta elencata in tabella viene valutata percentualmente ricorrendo al criterio analogico rispetto ad infermità analoghe e di analoga gravità come indicato sub a) e sub b).

3) NEL CASO DI INFERMITÀ PLURIME, i criteri per giungere alla valutazione finale sono i seguenti: sono calcolate dapprima le percentuali relative alle singole infermità secondo i criteri individuati al punto 2) lettere a) b) c).

Di seguito, occorre tener presente che le invalidità dovute a menomazioni multiple per infermità tabellate e/o non tabellate possono risultare da un concorso funzionale di menomazioni ovvero da una semplice loro coesistenza. Sono funzionalmente in concorso tra loro, le menomazioni che interessano lo stesso organo o lo stesso apparato. In alcuni casi, il concorso è direttamente tariffato in tabella (danni oculari, acustici, degli arti ecc.). In tutti gli altri casi, valutata separatamente la singola menomazione, si procede a VALUTAZIONE COMPLESSIVA, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello tariffato per la perdita totale anatomico-funzionale dell’organo o dell’apparato. A mente dell’art. 5 D.L. n. 509 del

1988, nella valutazione complessiva della invalidità, non sono considerate le minorazioni iscritte tra lo 0 ed il 10%, purché non concorrenti tra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori. Non sono state inoltre individuate altre minorazioni da elencare specificatamente ai sensi dello stesso art. 5. Sono in coesistenza le menomazioni che interessano organi ed apparati funzionalmente distinti tra loro. In questi casi, dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna menomazione si esegue un CALCOLO RIDUZIONISTICO mediante la seguente formula ESPRESSA IN DECIMALI:

$$IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$$

dove l'invalidità totale finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto. Ad esempio, se la prima menomazione (IP1) è valutata con il 20% e la seconda (IP2) con il 15%, il risultato finale (IT) sarà $(0,20+0,15)-(0,20 \times 0,15) = 0,32$ e quindi 32%. In caso di menomazioni di numero superiore a due, il procedimento si ripete e continua con lo stesso metodo. Per ragioni pratiche è opportuno avvalersi, a tal fine, di una apposita tavola di calcolo combinato di cui ogni Commissione potrà opportunamente disporre.

4) Le competenti Commissioni dovranno esaminare la possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici. Le protesi sono da considerare fattore di attenuazione della gravità del danno funzionale e pertanto possono comportare una riduzione della percentuale d'invalidità a condizione che esse, per la loro natura, siano ben tollerate e funzionalmente efficaci ai fini della capacità lavorativa generica, semispecifica (= occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto) e specifica. Ciascuna visita viene verbalizzata in modo tale che risultino i seguenti elementi: i dati anagrafici; la qualifica professionale, le attività lavorative eventualmente svolte in passato o nell'attualità; l'anamnesi familiare, fisiologica, patologica (remota e prossima), l'esame obiettivo completo, gli accertamenti di laboratorio e strumentali; la diagnosi clinica secondo quanto sancito dall'art. 1 comma 3, D.L. n. 509 del 1988; la prognosi con particolare riguardo alla eventuale permanenza della infermità e del danno funzionale; la percentuale assegnata a ciascuna menomazione in base alla tabella ed in caso di menomazioni multiple, la valutazione complessiva, se trattasi di concorso d'invalidità ovvero, la valutazione ottenuta mediante il calcolo riduzionistico effettuato con la formula e la tavola di calcolo combinato di cui al punto 3), se trattasi di coesistenza d'invalidità; la possibilità di applicazione di protesi e la eventuale variazione percentuale ad essa connessa. La Commissione dovrà indicare il codice di riferimento corrispondente all'infermità diagnosticata al fine di individuare la menomazione ad essa correlata (art. 2 comma 1, D.L. n. 509 del 1988) sulla base della classificazione internazionale dell'OMS. La relazione prevede inoltre il giudizio motivato della Commissione sulla ricorrenza dei requisiti per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento ai soggetti aventi diritto a mente dell'art. 1 L. n. 508 del 1988, ed infine la determinazione delle potenzialità lavorative del soggetto a mente dell'art. 3 D.L. n. 509 del 1988 e tenuto conto dell'art. 1, comma 3, L. n. 508 del 1988.

Ad esemplificazione di quanto sopra, la Commissione dovrà indicare le seguenti voci:

1) DIAGNOSI

Infermità n. 1 codice di riferimento

Infermità n. 2 codice di riferimento

Infermità n. 3 codice di riferimento

Infermità n. 4 codice di riferimento

ecc.

2) VALUTAZIONE PERCENTUALE DELLE INVALIDITÀ

(o) Infermità n. 1% (voce n. della tabella)

Infermità n. 2 idem ecc.

(o) Le protesi vedi sopra al punto 4)

3) PERCENTUALE FINALE DI INVALIDITÀ

I) INFERMITÀ UNICA (riportare senza modifica la percentuale calcolata sub 2)

II) INFERMITÀ MULTIPLE:

(a) INFERMITÀ CONCORRENTI TRA LORO NEL PRODURRE IL DANNO

Infermità n. Infermità n. Infermità n. ecc.

(o) riportare le singole percentuali già calcolate sub 2) VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLE INFERMITÀ CONCORRENTI

(b) INFERMITÀ COESISTENTI 2° Calcolo (percentuale risultante dal primo calcolo ed infermità n. 3) ecc. VALUTAZIONE riduzionistica delle infermità coesistenti %

(o) N.B. Per comodità è preferibile impiegare la TAVOLA DEL CALCOLO COMBINATO in possesso di ciascuna Commissione.

(c) INFERMITÀ CONCORRENTI associate a INFERMITÀ COESISTENTI

(nell'ipotesi di un gruppo di infermità concorrenti e di un gruppo di infermità coesistenti i risultati parziali di (a) e (b) vengono conglobati in una valutazione finale complessiva)

III) Sulle percentuali espresse per I e II va applicato un aumento della percentuale per incidenza su capacità semispecifica o specifica (massimo aumento: 5%) ovvero una riduzione

della percentuale per nessuna incidenza su capacità semispecifica o specifica. Di seguito verrà espressa la percentuale finale di invalidità.

4) INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

L. n. 508 del 1988 [Si] [No]

MOTIVAZIONE:

5) INDENNITÀ DI COMUNICAZIONE

L. n. 508 del 1988 [Si] [No]

MOTIVAZIONE:

6) INDENNITÀ DI FREQUENZA

L. n. 289 del 1990 [Si] [No]

MOTIVAZIONE:

7) DETERMINAZIONE DELLE POTENZIALITÀ LAVORATIVE A MENTE ART. 3 D.L. n. 509 del 1988

SECONDA PARTE

Indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali

APPARATO RESPIRATORIO

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA LIEVE: Dispnea che compare sotto sforzi che ogni altro soggetto della stessa età e corporatura riesce a compiere; test di funzionalità respiratoria: - CV/VEMS% min. 85 magg. 75% - Consumo di O₂ (ml. O₂ x Kg. min.) min. 25 magg. 22 - Compl. cardiache assenti

MEDIA: la dispnea compare spesso con sforzi di media entità; test di funzionalità respiratoria: - CV/VEMS% min. 65 magg. 55% - Consumo di O₂ (ml. O₂ x Kg. min.) min. 20 magg. 18 - Compl. cardiache assenti

GRAVE: la dispnea compare dopo sforzi di lieve entità; test di funzionalità respiratoria: - CV/VEMS% min. 45 magg. 40% - Consumo di O₂ (ml. O₂ x Kg. min.) 15 - Compl. cardiache presenti

La dispnea a riposo non è stata presa in considerazione in quanto si tratta di condizione gravissima, tale da comportare l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita.

APPARATO DIGERENTE

Si sono identificati quattro livelli di compromissione funzionale, corrispondenti ad altrettante classi, identificabili come di seguito indicato. Per la valutazione delle inabilità derivanti da condizioni morbose complesse, non sempre espressione di una patologia strettamente di apparato o sistema, si fa riferimento alla compromissione dello stato generale, oltre che alla 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 dalle tabelle facenti riferimento al sesso ed alla statura) su valori ottimali. In caso di trattamento chirurgico non debbono essere residuati disturbi funzionali o disordini 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% del 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 del 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.

TERZA PARTE

Nuova tabella ordinata in fasce ovvero in misura fissa

cod.	FASCIA 91 – 100	min.	max.	fisso
1001	ALZHEIMER CON DELIRI O DEPRESSIONE AD ESORDIO SENILE	0	0	100
1003	DEMENTIA GRAVE	0	0	100
1004	IPOTIROIDISMO GRAVE CON RITARDO MENTALE	0	0	100
1007	INSUFFICIENZA MENTALE GRAVE	91	100	0

1008	SINDROME DI HARTNUP	0	0	95
1009	TRISOMIA 21 CON RITARDO MENTALE GRAVE	0	0	100
1207	SINDROME DELIRANTE CRONICA GRAVE CON NECESSITÀ TERAPIA CONTINUA	0	0	100
1209	SINDROME SCHIZOFRENICA CRONICA GRAVE CON AUTISMO DELIRIO O PROFONDA DISORGANIZZAZIONE DELLA VITA SOCIALE	0	0	100
2003	EPILESSIA GENERALIZZATA CON CRISI PLURISETTIMANALI INTRATTAMENTO00100			
2004	EPILESSIA GENERALIZZATA CON CRISI QUOTIDIANE	0	0	100
2007	EPILESSIA LOCALIZZATA CON CRISI PLURISETTIMANALI O QUOTIDIANE IN TRATTAMENTO	91	100	0
2009	SINDROME CEREBELLARE GRAVE	91	100	0
2201	DISTURBI CICLOTIMICI CON CRISI SUBENTRANTI O FORME CRONICHE GRAVI CON NECESSITÀ DI TERAPIA CONTINUA	0	0	100
3003	AFASIA GRAVE	91	100	0
3004	LESIONE BILATERALE DEI NERVI CRANICI IX-X-XI E XII CON DEFICIT GRAVE DELLA DEGLUTIZIONE, FONAZIONE ED ARTICOLAZIONE DEL LINGUAGGIO	91	100	0
5004	CECITÀ BINOCULARE	0	0	100
5008	CECITÀ MONOCULARE - VISUS NELL'OCCHIO CONTRO-LATERALE INF. 1/20	91	100	0
6002	ARITMIE GRAVI PACE-MAKER NON APPLICABILE	0	0	100
6016	TUBERCOLOSI POLMONARE - ESITI FIBROSI PARENCHIMALI O PLEURICI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E DISPNEA A RIPOSO	0	0	100
6411	CIRROSI EPATICA CON DISTURBI DELLA PERSONALITÀ(ENCEFALOPATIA EPATICA INTERMITTENTE)O	0	95	
6430	FIBROSI CISTICA DEL PANCREAS CON PNEUMOPATIA CRONICA	0	0	100
6431	FIBROSI POLMONARE INTERSTIZIALE DIFFUSA IDIOPATICA	0	0	95
6439	GLOMERULONEFRITE EREDITARIA	0	0	100

6444	MIOCARDIOPATIE O VALVULOPATIE CON INSUFFICIENZA CARDIACA GRAVISSIMA (IV CLASSE NYHA)	0	0	100
6448	CORONAROPATIA GRAVISSIMA (IV CLASSE NYHA)	0	0	100
6470	PNEUMONECTOMIA CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE	0	0	100
6478	TUMORE DI WILMS	0	0	95
7301	ATROFIA MUSCOLARE CRONICA PROGRESSIVA INFANTILE00957302 EMIPARESI GRAVE O EMIPLEGIA ASSOCIATA A DISTURBI SFINTERICI	0	0	100
7332	PARALISI CEREBRALE INFANTILE CON EMIPLEGIA O ATASSIA	91	100	0
7333	PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA GRAVE O PARAPLEGIA ASSOCIATA O NON A DISTURBI SFINTERICI	0	0	100
7346	SINDROME EXTRAPIRAMIDALE PARKINSONIANA O COREIFORME O COREOATETOSICA GRAVE	91	100	0
7351	TETRAPARESI CON DEFICIT DI FORZA GRAVE O TETRAPLEGIA CON ASSOCIAZIONE O NON A INCONTINENZA SFINTERICA	0	0	100
7423	EMIPELVECTOMIA	0	0	100
7424	PERDITA ANATOMICA O FUNZIONALE DELLE DUE MANI	0	0	100
8009	OLOPROSENFALIA O SINDROME DI BINDER	0	0	100
9203	ESITI DI NEFROPATIA IN TRATTAMENTO DIALITICO PERMANENTE	91	100	0
9305	ARTROPATIA GOTTOSA CON GRAVE IMPEGNO RENALE	91	100	0
9311	DIABETE MELLITO COMPLICATO DA GRAVE NEFROPATIA E/O RETINOPATIA PROLIFERANTE, MACULOPATIA, EMORRAGIE VITREALI E/O ARTERIOPATIA OSTRUTTIVA (CLASSE IV)	91	100	0
9315	IPOPARIETIROIDISMO NON SUSCETTIBILE DI UTILE TRATTAMENTO	91	100	0
9316	IPOSURRENALISMO GRAVE	91	100	0
9325	NEOPLASIE A PROGNOESI INFAUSTA O PROBABILMENTE SFAVOREVOLE NONOSTANTE ASPORTAZIONE CHIRURGICA	0	0	100

9333	IMMUNODEFICIENZA SECONDARIA CONCLAMATA CON EVIDENZA DI INFEZIONI OPPORTUNISTICHE O TUMORI CORRELATI	91	100	0
9336	TRISOMIA 18 - SINDROME DI EDWARDS	0	0	100

cod.	FASCIA 71 - 80	min.	max.	fisso
1204	PSICOSI OSSESSIVA	71	80	0
1210	SINDROME SCHIZOFRENICA CR. CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELLE RELAZIONI SOCIALI E LIMITATA CONSERVAZIONE DELLE CAPACITÀ INTELLETTUALI	71	80	0
1211	SINDROME DELIRANTE CRONICA	71	80	0
2210	SINDROME DEPRESSIVA ENDOGENA GRAVE	71	80	0
3106	PERDITA TOTALE DELLA LINGUA	71	80	0
3108	LARINGECTOMIA TOTALE	0	0	75
3109	LARINGECTOMIA TOTALE CON TRACHEOSTOMIA DEFINITIVA	0	0	80
4008	SORDOMUTISMO O SORDITÀ PRELINGUALE DA PERDITA Uditiva GRAVE BILATERALE CON EVIDENTI FONOLOGOPATIE AUDIOGENE	0	0	80
5007	CECITÀ MONOCULARE - VISUS CONTROLATERALE SUP. 3/50 - INF. 1/10 CON RIDUZIONE DEL CAMPO VISIVO DI 30°	70	80	0
5028	RESTRINGIMENTO CONCENTRICO DEL CAMPO VISIVO CON CAMPO RESIDUO INFERIORE A 10° IN ENTRAMBI GLI OCCHI	0	0	80
6406	BRONCHIECTASIA CONGENITA ASSOCIATA A MUCOVISCIDOSI	0	0	80
6412	CIRROSI EPATICA CON IPERTENSIONE PORTALE	71	80	0
6414	STENOSI CONGENITA DELLA POLMONARE GRAVE (III CLASSE NYHA)	71	80	0
6416	STENOSI O COARTAZIONE AORTICA CONGENITA SERRATA (III CLASSE NYHA)	0	0	75
6426	EPATITE CRONICA ATTIVA NELL'INFANZIA	71	80	0

6443	MIOCARDIOPATIE O VALVULOPATIE CON INSUFFICIENZA CARDIACA GRAVE (III CLASSE NYHA)	71	80	0
6447	CORONAROPATIA GRAVE (III CLASSE NYHA)	71	80	0
6450	IPOPLASIA RENALE BILATERALE	0	0	75
6456	MALATTIA POLMONARE OSTRUTTIVA CRONICA-PREVALENTE BRONCHITE	0	0	75
6469	PNEUMONECTOMIA CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA MEDIA	0	0	80
7001	ANCHILOSI DI RACHIDE TOTALE	0	0	75
7203	ANCHILOSI DI GINOCCHIO IN FLESSIONE SUPERIORE A 40°	0	0	75
7337	PARESI DELL'ARTO INFERIORE CON DEFICIT DI FORZA GRAVE O PLEGIA ASSOCIATA AD INCONTINENZA SFINTERICA	71	80	0
7350	TETRAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MEDIO	71	80	0
7407	AMPUTAZIONE DI BRACCIO	0	0	75
7413	AMPUTAZIONE DI SPALLA	0	0	80
7417	ASSENZA CONGENITA DELL'ARTO SUPERIORE	0	0	75
7420	DISARTICOLAZIONE DI GOMITO	0	0	75
7421	DISARTICOLAZIONE DI POLSO	0	0	75
7422	DISARTICOLAZIONE DI SCAPOLA	0	0	80
8002	CHEILOGNATOPALATOSCHISI (GOLA LUPINA)	0	0	80
8101	AGENESIA SACRO-COCCIGEA	0	0	80
8102	AGENESIA SACRO-ILIACA	0	0	80
8203	ESOFAGOSTOMIA CERVICALE E GASTROSTOMIA	0	0	80
8206	ESTROFIA DELLA VESCICA URINARIA	0	0	80
9328	TRAPIANTO CARDIACO IN ASSENZA DI COMPLICANZE	0	0	80
9337	TRISOMIA 21	0	0	75

Aggiornamenti





LEGA ITALIANA FIBROSI CISTICA - ONLUS

Sede: 00198 Roma - Viale Regina Margherita, 306
Tel./Fax 06.4425.4836 - Tel. 06.4420.9167
Web: www.fibrosicistica.it
E-mail: segreteria@fibrosicistica.it

Codice Fiscale 80233410580

Per donazioni:

C/C Postale n. 39629530

C/C Bancario - IBAN: IT 87 G 03069 05042 100000003919