

Persona, scienza e linguaggio: l'inattuazione del programma costituzionale in materia di disabilità e dei relativi livelli essenziali delle prestazioni*

Fabio Masci**

SOMMARIO: 1. Premesse di merito e di metodo. – 2. La persona in Costituzione. – 3. La funzione “personalista” della scienza. – 4. La funzione “personalista” del linguaggio. – 5. Persona, scienza e linguaggio nel programma costituzionale in materia di disabilità. – 6. La salute come stato di benessere completo. – 7. Il modello “biopsicosociale” di disabilità. – 8. La “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.). – 9. Esempi applicativi della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.). – 10. L'attuazione della Costituzione attraverso il recepimento normativo della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.). – 11. Gli eccessi di potere legislativo derivanti dall'utilizzo di procedure di accertamento scientificamente non validate. – 12. I pregiudizi e le discriminazioni derivanti dall'utilizzo di linguaggi scientificamente non validati. – 13. Il ruolo del P.N.R.R. nel recepimento normativo della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.). – 14. Il recepimento normativo della

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il saggio riproduce, sviluppa e amplia alcune tesi già esposte in F. MASCI, *A contribution to the study of disability in the Italian constitutional system*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2024, integrandone e aggiornandone i contenuti anche alla luce degli interventi normativi in ultimo sopravvenuti (il riferimento precipuo è al decreto legislativo n. 62/2024, che attua la legge di delega n. 227/2021) e delle conseguenze, giuridiche e non, che ne sono derivate.

** Assegnista di ricerca e Professore a contratto di Diritto pubblico nell'Università degli studi “G. d'Annunzio”, Chieti-Pescara, fabiomasci30.05.1988@gmail.com.

“Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) non è sufficiente a garantire l’attuazione della Costituzione. – 15. I livelli essenziali delle prestazioni (L.E.P.) in materia di tutela delle persone con disabilità. – 15.1. Il “super livello essenziale”: il progetto di vita. – 15.2. I livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) in materia di disabilità. – 15.3. I livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di disabilità (L.E.P.S. o LIV.E.A.S.). – 15.4. Nuovi L.E.A. e nuovi L.E.P.S. in arrivo? – Quali prospettive per il futuro?

ABSTRACT:

La realizzazione umana è il presupposto e il fine del programma costituzionale. Scienza e linguaggio concorrono, ciascuno in ragione delle proprie specificità, all’attuazione di questo programma. Tuttavia, legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni non sempre recepiscono paradigmi scientificamente validati e non sempre adottano registri linguistici conformi al disegno emancipativo-inclusivo del Costituente. Ciò comporta, ovviamente, un’inattuazione del programma costituzionale. Accade, ad esempio, in materia di disabilità. Quest’ultima, infatti, è definita e accertata attraverso la “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.), che costituisce il riflesso di un modello teorico “biopsicosociale”, a propria volta affermatosi quale appendice di un approccio “olistico” alla salute. Ad ogni modo, le modalità di definizione e di accertamento della disabilità, così come poc’anzi descritte, non sono mai state recepite a livello normativo, e ciò sebbene l’I.C.F. sia il solo strumento in grado di garantire una rappresentazione scientificamente validata delle capacità e dei bisogni delle persone con disabilità. Ne consegue che l’omessa normativizzazione dell’I.C.F. costituisce un ostacolo non indifferente allo sviluppo e alla partecipazione di queste persone, tra l’altro già lese dalla mancata determinazione dei L.E.P. e dalla scarsità di finanziamenti destinati a circuiti emancipativo-inclusivi appositi. Il P.N.R.R. si propone di risolvere in maniera definitiva le problematiche suenunciate, anche se, allo stato, le misure programmate non hanno ancora visto luce.

Human realization is the presupposition and the goal of the constitutional program. Science and language, both because of their specific characteristics, contribute to the implementation of this program. Legislators, judges, and public administrations do not always transpose scientifically validated paradigms and do not always adopt linguistic registers that are in line with the emancipatory-inclusive design of the Constituent Assembly. It obviously means that the constitutional program is not being implemented. Disability is a case in point. In fact, in scientific context, disability is defined and verified through the “International Classification of Functioning, Disability and Health” (I.C.F.), which is the reflection of a theoretical model “biopsychosocial”, which, in turn, has established itself as an appendix to a “holistic” approach to health. However, the procedures for defining and verifying disability, as described above, have never been transposed into law, and this although the I.C.F. is the only instrument able to guarantee a scientifically validated representation of the abilities and needs of people with disabilities. Consequently, the failure to standardize the I.C.F. is a significant obstacle to the development and socialization of these people, already injured by the lack of determination of L.E.P. and the lack of funding for emancipation and inclusion. The P.N.R.R. aims to definitively solve the problems mentioned above, even if, currently, the planned measures have not yet been implemented.

1. Premesse di merito e di metodo

Il presente saggio è organizzato in due parti.

La prima ha ad oggetto un'indagine sulla tipologia di apporto che scienza e linguaggio forniscono ai fini dell'attuazione del programma costituzionale.

La seconda, invece, è tesa a dimostrare che paradigmi scientifici e formulazioni linguistiche, così come attualmente recepiti dall'ordinamento giuridico, sono lungi dal garantire sviluppo e partecipazione alle persone con disabilità.

Lo scritto, a onor del vero, prende le mosse da un precedente lavoro, dov'è incidentalmente emerso che le tutele vigenti risentono di errori scientifici ed anacronismi linguistici che tendono ad acuire le difficoltà di emancipazione e di inclusione delle persone con disabilità¹.

Difatti, benché l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) accerti e definisca la disabilità di una persona in conformità al modello "biopsicosociale" delineato nella "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (I.C.F.)², ancor oggi, a distanza di oltre vent'anni dall'entrata in vigore di questa classificazione, l'ordinamento giuridico italiano continua ad avvalersi di procedure di accertamento e di definizioni prive di riscontro scientifico e linguistico³. Il riferimento è ai paradigmi e ai termini della "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap" (I.C.I.D.H.), dismessa dall'O.M.S. nel 2001 ma a più riprese utilizzata da legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni. L'I.C.I.D.H. imputa la genesi della disabilità a variabili di derivazione biologica ed esclude che sulla stessa incidano fattori di origine psicologica

¹ F. MASCI, *P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del "disability divide"*, in *Costituzionalismo*, 2022, n. 3, pp. 87 ss.

² L'I.C.F. è stata approvata il 22 maggio 2001 dalla 54esima Assemblea dell'O.M.S ed ha integralmente sostituito la "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap" (I.C.I.D.H.), approvata in prima versione nel 1980 ed aggiornata nel 1997. Costituisce, a livello scientifico, il modello di riferimento per la descrizione degli stati di salute (benessere fisico e benessere psicologico), di quelli ad essa correlati (autonomia personale, relazioni sociali, ambiente di riferimento, convincimenti personali, credenze religiose) nonché della loro incidenza sulla qualità della vita di una persona (in termini, specificamente, di funzionamento e/o di disabilità). Postulando il riferimento agli stati di salute, l'I.C.F. è utilizzata congiuntamente alla "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" (I.C.D.), O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, Trento, Erickson, 2001, pp. 14-15.

³ Avevo già segnalato la problematica in F. MASCI, *La tutela costituzionale della persona disabile*, in *Federalismi*, 2020, n. 1, in particolare pp. 160 ss. Si vedano anche, però, G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, Milano, Franco Angeli, 2020, pp. 52 ss.; C. COLAPIETRO, F. GIRELLI, *Persone con disabilità e Costituzione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020, pp. 28 ss. e 35 ss.; E. VIVALDI, *Disabilità, autonomia, diritti. Alcune riflessioni a tre anni dall'approvazione della legge n. 112/2016*, in *Diritti fondamentali*, 2019, n. 1, pp. 7 ss.; S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 2, p. 28; L. BUSATTA, *L'universo delle disabilità: per una definizione unitaria di un diritto diseguale*, in F. CORTESE, M. TOMASI (a cura di), *Le definizioni nel diritto. Atti delle giornate di studio 30-31 ottobre 2015*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2016, pp. 347-348; A. LORENZETTI, *Dis-eguaglianza e disabilità*, in M. DELLA MORTE (a cura di), *La dis-eguaglianza nello Stato costituzionale*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2016, p. 173; E. LONGO, *Unitarietà del bisogno di cura. Riflessioni sugli effetti giuridici conseguenti al passaggio dal modello medico al modello sociale di disabilità*, in *Non profit*, 2011, n. 2, pp. 35 ss.; C. HANAU, (voce) *Handicap*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, vol. VIII, Torino, Utet, 1993, p. 68.

o sociale. Quest'impostazione, che sottende un'implicita sovrapposizione tra i concetti di "disabilità" e di "malattia", circoscrive gli orizzonti della salvaguardia all'erogazione di beni, servizi e prestazioni di matrice sanitaria, nulla disponendo in ordine all'adozione di misure socio-sanitarie e di assistenza sociale – anche se, a ben vedere, il decreto legislativo n. 62/2024⁴, entrato in vigore appena un mese fa, sembra segnare una netta inversione di tendenza (*infra* parr. 11, 12 e 13).

Ad ogni modo, per comprendere il reale portato del *vulnus* derivante dal recepimento normativo di errori scientifici ed anacronismi linguistici è fondamentale avere un quadro chiaro in ordine alle relazioni che intercorrono tra persona, scienza e linguaggio. Solo in tal modo, infatti, è possibile cogliere appieno la natura e l'entità degli ostacoli che si frappongono allo sviluppo e alla partecipazione delle persone con disabilità, e dunque all'attuazione del programma costituzionale.

2. La persona in Costituzione

In considerazione delle premesse suesposte, la riflessione che si intende sviluppare deve necessariamente muovere da una ricostruzione del programma costituzionale.

La Carta del '48 assume la tutela della persona quale presupposto e fine dell'ordinamento giuridico italiano⁵. Non c'è valore, principio o situazione giuridica che non la sottenda, così come non c'è disposizione o norma che non la abbia ad oggetto; è misura della forma di stato e della forma di governo, ma anche parametro nei rapporti con gli altri ordinamenti; permea l'azione dei legislatori, dei giudici e delle pubbliche amministrazioni, informando a sé paradigmi normativi, criteri ermeneutici e indirizzi politici.

⁴ Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato".

⁵ Tale impostazione è chiaramente emersa in sede di Assemblea costituente ed è stata testualmente esplicitata da Giuseppe Dossetti. Si veda, in proposito, Commissione per la Costituzione. Prima sottocommissione, *Resoconto sommario della seduta di lunedì 9 settembre 1946. Intervento dell'on. Dossetti*, in Assemblea costituente, *Atti*, pp. 21-22, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati. Lo spiegano in dettaglio P. GROSSI, *La Costituzione italiana quale espressione di una società plurale*, in *Nuova Antologia*, 2017, n. 1, pp. 18 ss.; N. OCCHIOCUPO, *Liberazione e promozione umana nella Costituzione. Unità di valori nella pluralità di posizioni*, Milano, Giuffrè, 1984, soprattutto p. 59; G. FERRARA, *La pari dignità sociale (appunti per una ricostruzione)*, in AA.Vv., *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, vol. II, Milano, Giuffrè, 1974, pp. 1097 ss. Ad ogni modo, per una più approfondita ricostruzione teorica del tema, si rinvia a D. TEGA, *Art. 2*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, vol. I, Bologna, Il Mulino, 2018, pp. 21 ss.; G. DI COSIMO, *Art. 2*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008, pp. 10 ss.; E. ROSSI, *Art. 2*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Torino, Utet, 2006, pp. 38 ss.; A. BARBERA, *Art. 2*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, vol. I, Bologna-Roma, Zanichelli, 1975, pp. 50 ss.

La tutela della persona è il riflesso del compromesso ideologico raggiunto in Assemblea costituente⁶ e la Costituzione è l'atto posto a salvaguardia di quel compromesso⁷. I suoi contenuti sono pensati al fine di garantire la piena realizzazione umana e sono dotati di forza ed efficacia tali da imporsi a tutti i consociati⁸. La Carta costituzionale, infatti, eleva

⁶ Di seguito, nell'ordine, un sunto delle posizioni di La Pira, Dossetti, Togliatti, Basso e Moro, i quali, pur divergendo per ideologia, appartenenza partitica e formazione, concordavano in merito alla centralità ordinamentale della persona. La Pira: «Nello Stato italiano, che riconosce la natura spirituale, libera, sociale dell'uomo, scopo della Costituzione è la tutela dei diritti originari e imprescrittibili della persona umana e delle comunità naturali nelle quali essa organicamente e progressivamente si integra e si perfeziona», Commissione per la Costituzione. Prima sottocommissione, *Relazione del deputato La Pira Giorgio sui principi relativi ai rapporti civili*, in Assemblea costituente, *Atti*, p. 19, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati; Dossetti: «[...] si vuole o non si vuole affermare un principio antifascista o antifascista che non sia riconoscimento della tesi fascista della dipendenza del cittadino dallo Stato, ma affermi l'antioriorità della persona di fronte allo Stato? In secondo luogo, fatta l'affermazione di questa antioriorità, non si vorrà riconoscere che questa antioriorità della persona si completa nelle comunità, e cioè nella famiglia, nelle associazioni sindacali, ecc. [...]», Commissione per la Costituzione. Prima sottocommissione, *Resoconto sommario della seduta di lunedì 9 settembre 1946. Intervento dell'on. Dossetti*, in Assemblea costituente, *Atti*, pp. 20-21, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati; Togliatti: «[...] Il fine di un regime democratico [è] quello di garantire un più ampio e più libero sviluppo della persona umana», Commissione per la Costituzione. Prima sottocommissione, *Resoconto sommario della seduta di lunedì 9 settembre 1946. Intervento dell'on. Togliatti*, in Assemblea costituente, *Atti*, p. 21, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati; Basso: «La persona umana considerata soggetto di diritto non può essere concepita che in funzione di una società più o meno organizzata. [...] La persona non può essere giuridicamente considerata se non in funzione delle molteplici relazioni, non soltanto materiali ma anche spirituali e, volendo, anche extra-mondane, che essa ha con il mondo in cui vive, sia in riferimento al presente, che all'avvenire ed al passato», Commissione per la Costituzione. Prima sottocommissione, *Resoconto sommario della seduta di martedì 10 settembre 1946. Intervento dell'on. Basso*, in Assemblea costituente, *Atti*, pp. 24-25, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati; Moro: «Uno Stato non è pienamente democratico se non è al servizio dell'uomo, se non ha come fine supremo la dignità, la libertà, l'autonomia della persona umana, se non è rispettoso di quelle formazioni sociali nelle quali la persona umana liberamente si svolge e nelle quali essa integra la propria personalità», Assemblea costituente, *Seduta di giovedì 13 marzo 1947. Intervento dell'on. Moro*, in Assemblea costituente, *Atti*, p. 2042, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati.

⁷ Sulla Costituzione come atto normativo vale la pena rimandare, per la loro sempiterna attualità, ad alcuni classici: V. CRISAFULLI, (voce) *Atto normativo*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. IV, 1959, pp. 238 ss.; P. BARILE, *La Costituzione come norma giuridica: profilo sistematico*, Firenze, Barbera, 1951, in particolare pp. 48 ss.; F. PIERANDREI, *Saggio sulla teoria della costituzione*, in *Jus*, 1951, n. 3, pp. 38 ss.; A. AMORTH, *Il contenuto giuridico della Costituzione*, Modena, Università degli Studi di Modena, 1946, soprattutto pp. 15 ss.; C. MORTATI, *La Costituzione in senso materiale*, Milano, Giuffrè, 1940, pp. 83 ss. Si vedano anche, però, A. RUGGERI, *La "materia" costituzionale, i modi della sua trattazione manualistica, i segni lasciati dal contesto politico-istituzionale sull'una e sugli altri (profili storico-teorici)*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 4, segnatamente pp. 11 ss.; A. SPADARO, *Dalla Costituzione come "atto" (puntuale nel tempo) alla Costituzione come "processo" (storico). Ovvero della continua evoluzione del parametro costituzionale attraverso i giudizi di costituzionalità*, in *Quaderni costituzionali*, 1998, n. 3, pp. 343 ss.

⁸ Sul dibattito relativo alla diretta applicazione della Costituzione, e in particolare dei suoi principi fondamentali, si vedano, tra gli altri, F. MODUGNO, *Interpretazione costituzionale*, in *Annali della Facoltà Giuridica dell'Università di Camerino*, 2019, n. 8, pp. 55 ss.; G. GRASSO, *La sentenza n. 1 del 1956. Sessant'anni dopo*, in *Osservatorio AIC*, 2017, n. 1, pp. 1 ss.; M. LUCIANI, *Dottrina del moto delle Costituzioni e vicende della Costituzione repubblicana*, in *Rivista AIC*, 2013, n. 1, pp. 5 ss.; A. BARBERA, *Ordinamento costituzionale e carte costituzionali*, in *Quaderni costituzionali*, 2010, n. 2, pp. 311 ss.; M. BELLETTI, *La precettività della disciplina costituzionale in funzione dell'effettività del sistema delle libertà*, in A. BURATTI, M. FIORAVANTI (a cura di), *Costituenti ombra. Altri luoghi e altre figure della cultura politica italiana (1943-48)*, Roma, Carocci, 2010, pp. 292 ss.; N. OCCHIOCUPO, *Costituzione e Corte costituzionale. Percorsi di un rapporto "genetico" dinamico e indissolubile*, Milano, Giuffrè, 2010, soprattutto pp. 54-55; G. BOGNETTI, *Cos'è la Costituzione? A proposito di un saggio di Roberto Bin*, in *Quaderni costituzionali*, 2008, n. 1, pp. 5 ss.; O. CHESSA, *Cos'è la Costituzione? La vita del testo*, in *Quaderni costituzionali*, 2008, n. 1, pp. 41 ss.; R. BIN, *Che cos'è la Costituzione?*, in *Quaderni costituzionali*, 2007, n. 1, pp. 11 ss.; A. RUGGERI, *Teorie e "usi" della Costituzione*, in *Quaderni costituzionali*, 2007, n. 3, pp. 519 ss.; G. AZZARITI, *Interpretazione e teoria dei valori: tornare alla Costituzione*, in A. PALAZZO (a cura di), *L'interpretazione della*

il compromesso ideologico a vincolo giuridico⁹, impegnando poteri pubblici, formazioni sociali e singoli individui all'emancipazione e all'inclusione di ogni persona e censurando qualsiasi atto o fatto che muova da altri presupposti o che persegua altri fini.

«*Pietra angolare del nuovo edificio costituzionale*»¹⁰ è la pari dignità sociale¹¹, valore supremo, universale e immanente, espressione di quell'infungibile portato di razionalità,

costituzione alle soglie del XXI secolo, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2001, pp. 231 ss.; A. BALDASSARRE, *Costituzione e teoria dei valori*, in *Politica del diritto*, 1991, n. 4, pp. 639 ss.; M. DOGLIANI, *Interpretazioni della Costituzione*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 69 ss.; V. ONIDA, (voce) *Costituzione italiana*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, vol. IV, Torino, Utet, 1989, pp. 321 ss.; G. ZAGREBELSKY, *Il sistema costituzionale delle fonti del diritto*, Torino, Utet, 1984, pp. 104 ss.; C. MORTATI, (voce) *Costituzione (dottrine generali)*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. XI, Milano, Giuffrè, 1962, pp. 169 ss.; P. CALAMANDREI, *La Costituzione e le leggi per attuarla*, in IDEM, *Dieci anni dopo 1945-1955*, Bari, Laterza, 1955, pp. 227 ss.; V. CRISAFULLI, *Sull'efficacia normativa delle disposizioni di principio della Costituzione*, in IDEM (a cura di), *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Milano, Giuffrè, 1952, pp. 27 ss.; G. AZZARITI, *La nuova Costituzione e le leggi anteriori*, in *Il Foro italiano*, 1948, n. 4, pp. 81 ss.

⁹ Si veda, in proposito, F. RIMOLI, *L'interpretazione "morale" della costituzione: brevi considerazioni critiche*, in *Rivista AIC*, 2015, n. 3, p. 8, secondo cui «diritto e morale devono restare separati: non perché, si badi, non esistano punti di intersezione fattuale tra le diverse dimensioni [...], ma perché le funzioni sistemiche del diritto come sottosistema si differenziano, almeno da un certo momento storico in poi, da quelle degli altri sottosistemi sociali. Il compito di trasformazione delle aspettative da meramente cognitive in normative [...] impone che il dato giuridico, una volta espresso come tale, tale rimanga, e sia assunto in sé quale punto fermo di riferimento dell'agire individuale e collettivo, benché provvisorio e modificabile». Altra letteratura in tema è suggerita dallo stesso Rimoli, il quale, nel proprio scritto, rinvia a C.S. NINO, *Diritto come morale applicata*, trad. it. M. LA TORRE (a cura di), Milano, Giuffrè, 1999, pp. 34 ss.; R. ALEXY, *Concetto e validità del diritto*, trad. it. F. FIORE (a cura di), Torino, Einaudi, 1997, pp. 22 ss.; H.L.A. HART, *Il concetto di diritto*, trad. it. M.A. CATTANEO (a cura di), Torino, Einaudi, 1991, pp. 68 ss.; N. LUHMANN, *La differenziazione del diritto. Contributi alla sociologia e alla teoria del diritto*, trad. it. R. DE GIORGI, M. SILBERNAGL (a cura di), Bologna, Il Mulino, 1990, pp. 61 ss.

¹⁰ L'espressione è di La Pira e la si rinviene in Assemblea costituente, *Seduta di martedì 11 marzo 1947. Intervento dell'on. La Pira*, in *Assemblea costituente, Atti*, p. 1986, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati; si veda pure U. DE SIERVO, *Il pluralismo sociale dalla Costituzione repubblicana ad oggi: presupposti teorici e soluzioni nella Costituzione italiana*, in AA.VV., *Il pluralismo sociale nello Stato democratico. Atti del I Corso di aggiornamento culturale dell'Università cattolica (Ferrara, 7-12 settembre 1980)*, Milano, Vita e Pensiero, 1980, p. 62.

¹¹ Sulla pari dignità sociale, così come concettualizzata nell'ambito del diritto costituzionale, si rinvia, *ex multis*, a P. ZUDDAS, *La pari dignità sociale a tre dimensioni. Posizione giudizio trattamento*, Padova, Cedam, 2020, pp. 1 ss.; G.P. DOLSO, *Per una definizione del concetto di "dignità": itinerari giurisprudenziali*, in G.P. DOLSO (a cura di), *Dignità, eguaglianza e Costituzione*, Trieste, EUT, 2019, pp. 47 ss.; A. APOSTOLI, *La dignità sociale come orizzonte della uguaglianza nell'ordinamento costituzionale*, in *Costituzionalismo*, 2019, n. 3, pp. 1 ss.; F. POLITI, *Diritti sociali e dignità umana nella Costituzione Repubblicana*, Torino, Giappichelli, 2018, pp. 68 ss.; V. BALDINI, *La dignità umana tra approcci teorici ed esperienze interpretative*, in *Rivista AIC*, 2013, n. 2, pp. 1 ss.; A. PIROZZOLI, *La dignità dell'uomo. Geometrie costituzionali*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2012, pp. 1 ss.; G. MONACO, *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, in *Politica del diritto*, 2011, n. 1, pp. 45 ss.; M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, in AA.VV., *Studi in onore di Franco Modugno*, vol. IV, Napoli, Editoriale Scientifica, 2011, pp. 3123 ss.; S. NICCOLAI, *La socialità della giustizia nel principio di pari dignità sociale*, in *Diritto Romano Attuale*, 2010, n. 4, pp. 23 ss. e, in particolare, pp. 34-44.; G. FERRARA, *Diritto soggettivo, diritto oggettivo. Uno sguardo sugli apici del giuridico*, in *Costituzionalismo*, 2008, n. 3, pp. 1 ss.; M. BELLOCCI, P. PASSAGLIA (a cura di), *La dignità dell'uomo quale principio costituzionale. Quaderno predisposto in occasione dell'incontro trilaterale delle Corti costituzionali italiana, spagnola e portoghese, tenutosi a Roma il 30 settembre e il 1° ottobre 2007*, consultabile sul sito istituzionale della Corte costituzionale; Q. CAMERLENGO, *Contributo ad una teoria del diritto costituzionale cosmopolitico*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 338 ss.; G. SILVESTRI, *Considerazioni sul valore costituzionale della dignità della persona. Intervento al Convegno trilaterale delle Corti costituzionali italiana, portoghese e spagnola, Roma, 1° ottobre 2007*, in *www.associazionedeicostituzionalisti.it*, 14 marzo 2008; P. GROSSI, *La dignità nella Costituzione italiana*, in A. PISANESCHI, L. VIOLINI (a cura di), *Poteri, garanzie e diritti a sessanta anni dalla Costituzione. Scritti per Giovanni Grottanelli De' Santi*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 1357 ss.; A. CELOTTO, *Art. 3, c. 1, Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Torino, Utet, 2006, p. 72; G. FERRARA, *La pari dignità sociale (appunti per una ricostruzione)*, cit., pp. 1089 ss.; A. RUGGERI, A. SPADARO, *Dignità dell'uomo e*

autonomia e coscienza¹² che conferisce priorità assiologica alla persona, alla sua esistenza e alle sue relazioni¹³.

Tale priorità evoca precedenza e anteriorità nei confronti dell'ordinamento giuridico e della società¹⁴ e si manifesta attraverso il riconoscimento dei diritti, che afferiscono alla

giurisprudenza costituzionale (prime notazioni), in *Politica del diritto*, 1991, n. 3, pp. 343 ss.; C. ROSSANO, *L'eguaglianza giuridica nell'ordinamento costituzionale*, Napoli, Jovene, 1966, pp. 371 ss.; L. PALADIN, *Il principio costituzionale di eguaglianza*, Milano, Giuffrè, 1965, pp. 142 ss. e in particolare, p. 244; M. MAZZIOTTI DI CELSO, *Il diritto al lavoro*, Milano, Giuffrè, 1956, pp. 13-17; C. ESPOSITO, *Eguaglianza e giustizia nell'art. 3 della Costituzione italiana*, Padova, Cedam, 1953, pp. 29-31.

¹² Per dirlo con Kant: «Gli esseri, [...], se sono privi di ragione, hanno un valore solo relativo, quello di mezzi, e si chiamano perciò "cose", dove, al contrario, gli esseri razionali sono chiamati "persone", perché la loro natura li contraddistingue già come fini in se stessi, ossia come qualcosa che non può essere usato semplicemente come mezzo. [...] Nel regno dei fini tutto ha o un prezzo o una dignità. Ciò che ha un prezzo può essere sostituito con qualcos'altro come equivalente. Ciò che invece non ha prezzo, e dunque non ammette alcun equivalente, ha una dignità. Ciò che si riferisce alle generali inclinazioni e ai bisogni umani ha un prezzo di mercato [...] ma ciò che costituisce la condizione sotto la quale, soltanto, qualcosa può essere fine in se stesso, non ha semplicemente un valore relativo, ossia un prezzo, ma un valore intrinseco, ossia dignità. [...] L'autonomia è, dunque, il fondamento della dignità della natura umana e di ogni natura razionale», I. KANT, *Fondazione della metafisica dei costumi*, trad. it. F. GONELLI (a cura di), Roma-Bari, Laterza, 2007, p. 89 e pp. 103-105. Ad ogni modo, razionalità, autonomia e responsabilità non devono essere intese in termini esclusivamente kantiani, e cioè quali capacità di intelletto e di vita morale, ma anche in senso giudaico-cristiano, e cioè come capacità di distinguere il bene dal male. Sono assolutamente esemplificative, in tal senso, le parole di san Paolo: «In realtà l'ira di Dio si rivela dal cielo contro ogni empietà e ogni ingiustizia di uomini che soffocano la verità nell'ingiustizia, poiché ciò che di Dio si può conoscere è loro manifesto; Dio stesso lo ha loro manifestato. Infatti, dalla creazione del mondo in poi, le sue perfezioni invisibili possono essere contemplate con l'intelletto nelle opere da lui compiute, come la sua eterna potenza e divinità; essi sono dunque inescusabili, perché, pur conoscendo Dio, non gli hanno dato gloria né gli hanno reso grazie come a Dio, ma hanno vaneggiato nei loro ragionamenti e si è ottenebrata la loro mente ottusa. Mentre si dichiaravano sapienti, sono diventati stolti e hanno cambiato la gloria dell'incorruttibile Dio con l'immagine e la figura dell'uomo corruttibile, di uccelli, di quadrupedi e di rettili. [...] E pur conoscendo il giudizio di Dio, che cioè gli autori di tali cose meritano la morte, non solo continuano a farle, ma anche approvano chi le fa», Paolo, *Lettera ai Romani*, 1, versetti 18-32, versione C.E.I./Gerusalemme. Tra l'altro, la dignità non è subordinata all'effettiva esercitabilità di razionalità, autonomia e responsabilità (si pensi al concepito, al minore e all'incapace): «[l]a peculiare "dignità dell'uomo" non si radica nel fatto psicologico di avere intenzioni [e dunque in un esercizio effettivo di razionalità, autonomia e responsabilità], bensì nel punto di origine dell'intenzione, come libertà originaria, non rappresentabile in forma di oggetto», V. MATHIEU, *Privacy e dignità umana. Una teoria della persona*, Torino, Giappichelli, 2004, p. 113. Difatti, secondo la condivisibile impostazione aristotelica, la dignità è ciò che distingue l'uomo dall'animale e prescinde dall'effettiva esercitabilità dei suoi corollari (per l'appunto razionalità, autonomia e responsabilità), A. PESSINA, *Barriere della mente e barriere del corpo. Annotazioni per un'etica della soggettività empirica*, in A. PESSINA (a cura di), *Paradoxa. Etica della condizione umana*, Milano, Vita e Pensiero, 2010, pp. 199 ss., in particolare pp. 207 ss. e pp. 219 ss. Si veda pure, tra i più recenti, R. BODEI, *Domínio e sottomissione. Schiavi, animali, macchine, Intelligenza Artificiale*, Bologna, Il Mulino, 2019, soprattutto pp. 206-220, secondo cui la dignità è precipitato della civiltà.

¹³ «Homo sum, humani nihil a me alienum puto», P. AFRO TERENCEZIO, *Adelphoe Heautontimorumenos*, trad. it. L. PIAZZI (a cura di), Milano, Mondadori, 2006, verso n. 77; Si veda anche S. RODOTÀ, *Antropologia dell'homo dignus*, in *Civiltistica*, 2013, n. 1, soprattutto p. 8.

¹⁴ G. SILVESTRI, *Considerazioni sul valore costituzionale della dignità della persona. Intervento al Convegno trilaterale delle Corti costituzionali italiana, portoghese e spagnola, Roma, 1° ottobre 2007*, cit.; S. MANGIAMELLI, *Il contributo dell'esperienza costituzionale italiana alla dommatica europea della tutela dei diritti fondamentali*, in A. PACE (a cura di), *Corte costituzionale e processo costituzionale, nell'esperienza della rivista "Giurisprudenza costituzionale" per il cinquantenario*, Milano, Giuffrè, 2006, pp. 471 ss. (reperibile anche su *Consulta online*, sez. *Studi & Collana*, pp. 1 ss.); A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale. Introduzione allo studio dei diritti costituzionali*, Padova, Cedam, 2003, p. 5; P. CARETTI, *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, Torino, Giappichelli, 2005, pp. 136 ss.; A. BALDASSARRE, (voce) *Diritti inviolabili*, in *Enciclopedia Giuridica*, vol. XI, Roma, Treccani, 1989, pp. 9 ss. Per dirlo con le parole della Corte costituzionale: «Quello della dignità della persona umana è, infatti, valore costituzionale che permea di sé il diritto positivo» (sent. Corte cost. n. 293/2000).

persona non in ragione di una mediazione politica, economica o sociale, ma in virtù di quell'insieme di capacità e bisogni che è la vita umana¹⁵.

D'altronde, se si affermasse che i diritti non sono intrinseci alla persona, si finirebbe per ammetterne la conferibilità, e dunque per legittimare l'esistenza di una volontà o di un'istituzione in grado di subordinare il godimento degli stessi al possesso di determinati requisiti¹⁶, in ossequio ai dettami dell'individualismo liberale e dell'organicismo statalista¹⁷. Viceversa, nel riconoscere che la dignità è collocata *in interiore homine*, la Costituzione esclude *a priori* l'eliminabilità, o anche solo la comprimibilità, di tutti i diritti che connotano l'essere individuale e sociale della persona¹⁸.

¹⁵ A. D'ALOIA, *Introduzione. I diritti come immagini in movimento: tra norma e cultura costituzionale*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Diritti e Costituzione. Profili evolutivi e dimensioni inedite*, Milano, Giuffrè, 2003, pp. 7 ss.

¹⁶ Approfonditamente, C. SARTEA, *Gli equivoci della dignità umana ed il fondamento della biogiuridica*, in *Vita e Pensiero. Jus*, 2019, n. 2, pp. 90-91; R. SPAEMANN, *Personae. Sulla differenza tra "qualcosa" e "qualcuno"*, trad. it. L. ALLODI (a cura di), Roma-Bari, Laterza, 2005, p. 241; I. KANT, *La metafisica dei costumi*, trad. it. G. VIDARI (a cura di), Bari, Laterza, 1970, pp. 160 ss. *Contra*, N. LUHMANN, *I diritti fondamentali come istituzione*, trad. it. S. MAGNOLO (a cura di), Bari, Dedalo, 2002; P. SINGER, *Etica pratica*, trad. it. G. FERRANTI (a cura di), Napoli, Liguori, 1989, p. 126.

¹⁷ Vengono subito alla mente, in proposito, le parole pronunciate da Giorgio La Pira in sede di Assemblea costituente: «La Pira, Relatore, [...] rileva di essersi posto anzitutto il seguente problema: deve essere premessa alla Costituzione una dichiarazione dei diritti dell'uomo? [...]. Ritiene che la risposta a questa domanda debba essere affermativa: data, cioè, l'esperienza fatta dallo Stato fascista, è necessario che alla Costituzione strettamente detta, e cioè alla parte relativa alla struttura costituzionale dello Stato, sia premessa una dichiarazione dei diritti dell'uomo. [...]. Ma oltre che in omaggio alla tradizione, una dichiarazione sui diritti dell'uomo deve essere ammessa soprattutto come affermazione solenne della diversa concezione dello Stato democratico, che riconosce i diritti sacri, inalienabili, naturali del cittadino, in opposizione allo Stato fascista, che con l'affermazione dei diritti riflessi, e cioè della teoria che lo Stato è la fonte esclusiva del diritto, negò e violò alla radice i diritti dell'uomo. Avverte subito che quando parla di diritti dell'uomo non intende soltanto riferirsi ai diritti individuali di cui parlano le Carte costituzionali del 1789, ma anche ai diritti sociali e delle comunità, attraverso le quali la persona umana si integra e si espande. [...]. Non tenendo conto di questi diritti, si avrebbe soltanto una parziale affermazione dei diritti dell'uomo, con tutte le dannose conseguenze che ne deriverebbero; includendoli, invece, si arriva alla teoria del cosiddetto "pluralismo giuridico", che riconosce i diritti del singolo e i diritti delle comunità e con questo dà una vera integrale visione dei diritti imprescrittibili dell'uomo. Questa teoria del pluralismo, che ha un notevole fondamento anche nella dottrina, porta ad un tipo di Stato che corrisponde tanto alle esigenze sociali del nostro tempo, quanto alla struttura organica del corpo sociale. Riepilogando, sottolinea la necessità di premettere alla Costituzione una dichiarazione dei diritti, affermando la spiritualità della persona umana e aggiungendo ai diritti del 1789 quelli sociali e della comunità, ciò che presuppone una riforma della struttura sociale ed anche politica dello Stato. L'ideale da proporsi in una società pluralista è appunto questo ideale organico, per cui ogni uomo abbia una funzione ed un posto che dovrebbero essere definiti dal cosiddetto "Stato professionale", che fissa le posizioni di tutti nel corpo sociale», Commissione per la Costituzione. Prima sottocommissione, *Resoconto sommario della seduta di lunedì 9 settembre 1946. Intervento dell'on. La Pira*, in *Assemblea costituente, Atti*, pp. 14-15, consultabile sul sito istituzionale della Camera dei deputati.

¹⁸ I diritti inviolabili, così come menzionati all'art. 2 Cost., sono stati oggetto di un ampio dibattito dottrinario. Taluni ritengono che costituiscano un "catalogo chiuso", riassuntivo delle sole situazioni giuridiche soggettive enunciate all'interno del testo costituzionale. In tal senso, per tutti, A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale. Introduzione allo studio dei diritti costituzionali*, cit., pp. 20 ss., che si è mosso nel solco della giurisprudenza tracciata dalle sentenze della Corte costituzionale n. 11/1956, n. 33/1974 e n. 252/1983. Altri, invece, sostengono che i diritti inviolabili siano un "catalogo aperto", entro cui ricondurre anche fattispecie non espressamente enumerate in Costituzione. Su questa linea, attualmente preponderante, A. BARBERA, *Art. 2*, cit., pp. 80 ss. ed una pressoché consolidata giurisprudenza costituzionale (sentt. Corte cost. n. 38/1973, n. 27/1975, n. 54/1979, n. 132/1985, n. 161/1985, n. 561/1987 e n. 319/1989). Ad ogni modo, per la ricostruzione del dibattito in esame si rinvia alla lettura di S. MANGIAMELI, *Autodeterminazione: diritto di spessore costituzionale?*, in *Teoria del diritto e dello Stato*, 2009, n. 2, pp. 258 ss. Per quel che attiene al presente scritto, ci si limita a rilevare che l'ordinamento costituzionale italiano, proprio perché proteso all'emancipazione e all'inclusione della persona, è sempre tenuto a garantire il godimento di quei diritti che ne giustificano l'esistenza. Si

La descritta inviolabilità è sottrazione alla disponibilità del legislatore, dei giudici e della pubblica amministrazione¹⁹.

Ma non solo.

Nei diritti inviolabili dell'uomo, infatti, si annida l'essenza stessa del "costituzionalismo"²⁰, e cioè l'inibizione di qualsiasi potere che pretenda di negare la priorità assiologica della persona, della sua esistenza e delle sue relazioni²¹.

In considerazione di quanto sopra, primo corollario della pari dignità sociale è senz'altro il principio personalista, per tale intendendosi la garanzia che la persona conservi precedenza e anteriorità nei confronti dell'ordinamento giuridico e della società²². Questa garanzia si esplica attraverso la strutturazione di un sistema di tutele in grado di tradurre il riconoscimento di un diritto nel godimento effettivo dello stesso. Ne consegue che detto sistema non deve essere modellato su aspettative generiche e dimensioni personali idealtipiche, ma su capacità e bisogni specificamente individuati. La persona, infatti, è tale nella storicità della propria esistenza e nella materialità dei propri rapporti, in relazione allo svolgimento quotidiano della propria personalità. Oggetto del personalismo costituzionale, quindi, non è un soggetto giuridico astratto, un paradigma replicativo di istanze standardizzate, ma l'uomo in carne e ossa, situato nello spazio e nel tempo²³, positivizzato nella concretezza del vissuto²⁴.

Il principio personalista rivela che la Costituzione non nasce per salvaguardare un essere chiuso in sé, ma per proteggere una creatura intrinsecamente relazionale, che è individuo ma anche parte della società²⁵. Tuttavia, la socialità tende a ingenerare esigenze ulteriori

veda, in proposito, la posizione di F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella Giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995, p. 8, ma anche di P. RIDOLA, *Libertà e diritti nello sviluppo storico del costituzionalismo*, in R. NANIA, P. RIDOLA (a cura di), *I Diritti costituzionali*, vol. I, Torino, Giappichelli, 2006, p. 54.

¹⁹ COSÌ A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale. Introduzione allo studio dei diritti costituzionali*, cit., pp. 41 ss.; P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Bologna, Il Mulino, 1984, pp. 53 ss.; P.F. GROSSI, *Introduzione ad uno studio sui diritti inviolabili nella Costituzione italiana*, Padova, Cedam, 1972, p. 159.

²⁰ In tal senso V. ONIDA, *Relazione*, in AA.VV., *I diritti fondamentali oggi*, Padova, Cedam, 1995, pp. 89 ss.

²¹ P. RIDOLA, *Libertà e diritti nello sviluppo storico del costituzionalismo*, cit., pp. 44 ss. Degne di nota, a riguardo, le recenti riflessioni di D. DE LUNGO, *La dialettica fra politica e burocrazia nel sistema costituzionale: una lettura giuridica in chiave di rational choice theory*, in *Costituzionalismo*, 2023, n. 1, pp. 65 ss.

²² A. RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *Federalismi*, 2013, n. 17, pp. 1 ss.; V. BALDINI, *Sussidiarietà e valore personalista nello Stato costituzionale di diritto*, in V. BALDINI (a cura di), *Sussidiarietà e diritti*, Napoli, Satura, pp. 57 ss.; P. CARETTI, *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, cit., p. 136 ss.; G. ZAGREBELSKY, *Il diritto mite*, Torino, Einaudi, 1992, p. 85; C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, vol. I, Padova, Cedam, 1975, p. 155.

²³ La definizione di "homme situé" è tratta da G. BURDEAU, *La democrazia*, trad. it. V. MAZZEI (a cura di), Milano, Edizioni di Comunità, 1964, p. 25.

²⁴ M. CARTABIA, *L'universalità dei diritti umani nell'età dei nuovi diritti*, in *Quaderni costituzionali*, 2009, n. 3, pp. 537 ss. Si veda anche, però, C. PINELLI, "Diritto di essere se stessi" e "pieno sviluppo della persona umana", in *Rivista AIC*, 2021, n. 4, pp. 308 ss.

²⁵ Cfr. J. HABERMAS, *L'inclusione dell'altro. Studi di teoria politica*, Milano, Feltrinelli, 1998, p.131; E. FRAENKEL, *Il pluralismo come elemento strutturale dello stato di diritto liberal-democratico*, in V. ATRIPALDI (a cura di), *Il pluralismo come innovazione. Società, Stato e Costituzione in Ernst Fraenkel*, Torino, Giappichelli, 1996, pp. 5 ss.; P. HÄBERLE, *I diritti fondamen-*

e differenti rispetto a quelle che maturano con riferimento alla singolarità dell'io²⁶. Per questo motivo, secondo corollario della pari dignità sociale è il principio pluralista, e cioè la garanzia che le formazioni sociali²⁷ siano funzionali allo svolgimento della personalità del singolo²⁸. Tale garanzia si realizza attraverso la predisposizione di meccanismi di partecipazione atti a impedire che la società e le sue articolazioni si trasformino in luoghi di isolamento o di oppressione²⁹. È per il tramite del pluralismo, quindi, che sé ed altro da sé entrano in contatto, che l'uomo, da *uti singulus*, diventa *uti socius*. Siffatta trasformazione implica responsabilità morale e giuridica nei confronti degli altri uomini e della società, e dunque un concorso allo svolgimento della personalità altrui e all'implementazione della partecipazione sociale³⁰.

Alla persona, del resto, afferiscono doveri inderogabili di solidarietà, i quali, al pari dei diritti inviolabili, sono espressione di pari dignità sociale. Difatti, la priorità assiologica della persona si manifesta anche attraverso l'apporto politico, economico e sociale che il singolo conferisce all'esistenza e alle relazioni dei propri simili. Tale apporto non si limita all'assolvimento di obblighi normativamente posti³¹, ma comporta l'adozione di condotte altruistico-fraterne che trascendono i paradigmi della compassione (si pensi al volonta-

tali nelle società pluraliste e la Costituzione del pluralismo, in M. LUCIANI (a cura di), *La democrazia alla fine del secolo*, Roma-Bari, Laterza, 1994, pp. 122 ss.

²⁶ Sulla contestualità e sulla differenza delle esigenze individuali e di quelle sociali, A. PACE, *La libertà di riunione nella Costituzione italiana*, Milano, Giuffrè, 1967, pp. 37-38; C. ESPOSITO, *La libertà di manifestazione del pensiero nell'ordinamento italiano*, Milano, Giuffrè, 1958, p. 8.

²⁷ Tra le formazioni sociali sono esemplificativamente ricomprese famiglia, scuola, confessioni religiose, partiti politici, associazioni, imprese, sindacati e istituzioni, C. PINELLI, "Diritto di essere se stessi" e "pieno sviluppo della persona umana", cit., in particolare pp. 313 ss.; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale. Introduzione allo studio dei diritti costituzionali*, cit., pp. 14 ss.; Id., «Nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità», in R. BIN, C. PINELLI (a cura di), *I soggetti del pluralismo nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, Giappichelli, 1996, pp. 205 ss.; A. BASSARRE, (voce) *Diritti inviolabili*, cit., p. 16; E. ROSSI, *Le formazioni sociali nella Costituzione italiana*, Padova, Cedam, 1989, pp. 188 ss.; P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, cit., pp. 67 ss.; A. BARBERA, *Art. 2*, cit., pp. 109 ss.; P. RESCIGNO, *Persona e comunità: saggi di diritto privato*, Bologna, Il Mulino, 1966, p. 58.

²⁸ E. ROSSI, *Le formazioni sociali nella Costituzione italiana*, Padova, Cedam, 1989, pp. 188 ss.; P. RIDOLA, *Democrazia pluralista e libertà associative*, Milano, Giuffrè, 1987, pp. 207 ss.; A. BARBERA, *Art. 2*, cit., pp. 113 ss. Diversa posizione si rinviene in A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale. Introduzione allo studio dei diritti costituzionali*, cit., pp. 13-14, il quale esclude che le formazioni sociali siano concepite esclusivamente in funzione dello svolgimento della personalità umana.

²⁹ P.F. GROSSI, *La famiglia nella evoluzione della giurisprudenza costituzionale*, in G. DALLA TORRE (a cura di), *La famiglia nel diritto pubblico*, Roma, Studium, 1996, p. 14; C. MORTATI, *Note introduttive ad uno studio sulla garanzia dei diritti dei singoli nelle formazioni sociali*, in AA.VV., *Scritti in onore di Salvatore Pugliatti*, vol. III, Milano, Giuffrè, 1978, p. 1581.

³⁰ In tema F. GIUFFRÈ, *Alle radici dell'ordinamento: la solidarietà tra identità e integrazione*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 3, pp. 555 ss.; S. RODOTÀ, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Roma-Bari, Laterza, 2014, pp. 32 ss.; L. ANTONINI, *Dovere tributario, interesse fiscale e diritti costituzionali*, Padova, Cedam, 1996, pp. 161 ss.; S. GALEOTTI, *Il valore della solidarietà*, in *Diritto e società*, 1996, n. 1, p. 10; G. ALPA, *Solidarietà*, in *Nuova giurisprudenza civile commentata*, 1994, n. 2, p. 368; G. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, Giuffrè, 1967, p. 43.

³¹ Così come i diritti inviolabili, anche i doveri inderogabili di cui all'art. 2 Cost. sono stati oggetto di interrogativi da parte della dottrina. Anche nella specie, infatti, ci si è chiesti se gli stessi costituissero o meno un "catalogo chiuso" o "aperto". A prevalere, così come per i diritti inviolabili, è senz'altro quest'ultima accezione, E. ROSSI, *Art. 2*, cit., pp. 55-56; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale. Introduzione allo studio dei diritti costituzionali*, cit., pp. 56-57.

riato, alla beneficenza, agli atti di liberalità, alla programmazione intergenerazionale)³². La solidarietà, quindi, è l'impegno verso l'altro da sé. Ed ecco, allora, che nel principio solidarista, terzo corollario della pari dignità sociale, confluiscono tutte le imposizioni autoritarie e tutti i comportamenti anti-utilitaristici che concorrono alla responsabilizzazione della persona nei confronti del prossimo e della comunità.

Essendo emanazione della pari dignità sociale, i principi personalista, pluralista e solidarista si ergono a presidio del compromesso ideologico raggiunto in Assemblea costituente. La loro esplicazione, infatti, è funzionale alla garanzia dei diritti inviolabili e all'adempimento dei doveri inderogabili riconosciuti in Costituzione. L'astratta titolarità di queste posizioni, insita nella persona, nella sua esistenza e nelle sue relazioni³³, è paritaria e indifferenziata e, in quanto tale, è premessa di sviluppo e di partecipazione.

Tuttavia, l'inveramento di siffatta premessa esige il concreto esercizio di tutte le posizioni di cui la persona è astrattamente titolare. Nello specifico, sviluppo e partecipazione possono dirsi effettivamente conseguibili soltanto se l'esercizio di diritti e doveri è libero

³² L. CARLASSARE, *Solidarietà: un progetto politico*, in *Costituzionalismo*, 2016, n. 1, soprattutto pp. 52 ss.; V. TONDI DELLA MURA, *La solidarietà fra etica ed estetica. Tracce per una ricerca*, in *Rivista AIC*, 2010, n. 0, in particolare pp.8 ss.; F. GIUFFRÈ, *I doveri di solidarietà sociale*, in R. BALDUZZI, M. CAVINO, E. GROSSO, J. LUTHER (a cura di), *I doveri costituzionali: la prospettiva del Giudice delle leggi*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 29; IDEM, *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Milano, Giuffrè, 2002; A. MATTIONI, *Solidarietà giuridicizzazione della fraternità*, in A. MARZANATI, A. MATTIONI (a cura di), *La fraternità come principio del diritto pubblico*, Roma, Città Nuova, 2007, pp. 7 ss.; R. BIFULCO, *La responsabilità giuridica verso le generazioni future tra autonomia dalla morale e diritto naturale laico*, in *Teoria del diritto e dello stato*, 2002, n. 3, pp. 353 ss. Su questa linea è anche la Corte costituzionale: «*Quale modello fondamentale dell'azione positiva e responsabile dell'individuo, che effettua spontaneamente e gratuitamente presta personali a favore di altri individui ovvero di interessi collettivi degni di tutela da parte della comunità, il volontariato rappresenta l'espressione più immediata della primigenia vocazione sociale dell'uomo, derivante dall'originaria identificazione del singolo con le formazioni sociali in cui si svolge la sua personalità e dal conseguente vincolo di appartenenza attiva che lega l'individuo alla comunità degli uomini. Esso è, in altre parole, la più diretta realizzazione del principio di solidarietà sociale, per il quale la persona è chiamata ad agire non per calcolo utilitaristico o per imposizione di un'autorità, ma per libera e spontanea espressione della profonda socialità che caratterizza la persona stessa. Si tratta di un principio che, comportando l'originaria connotazione dell'uomo uti socius, è posto dalla Costituzione tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico, tanto da essere solennemente riconosciuto e garantito, insieme ai diritti inviolabili dell'uomo, dall'art. 2 della Carta costituzionale come base della convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente. Della natura di tali diritti fondamentali il volontariato partecipa: e vi partecipa come istanza dialettica volta al superamento del limite atomistico della libertà individuale, nel senso che di tale libertà è una manifestazione che conduce il singolo sulla via della costruzione dei rapporti sociali e dei legami tra gli uomini, al di là di vincoli derivanti da doveri pubblici o da comandi dell'autorità*» (sent. Corte cost. n. 75/1992, *Cons. in dir.*, par. 2); «*Questa Corte ha già avuto occasione (sent. n. 75/1992) di inquadrare il [volontariato] nell'ambito del principio contenuto nell'art. 2 della Costituzione [...]. Questa moderna visione della dimensione della solidarietà, andando oltre i tradizionali schemi di beneficenza e assistenza, e superando l'ancoraggio ai doveri ed agli obblighi normativamente imposti, costituisce, per un verso, un modo per concorrere a realizzare quella eguaglianza sostanziale che consente lo sviluppo della personalità, cui si riferisce il secondo comma dell'art. 3 della Costituzione, mentre, per altro verso, mira ad ottenere – non solo dallo Stato, dagli enti e dalla sempre più variegata realtà delle formazioni sociali, bensì da tutti i cittadini – la collaborazione per conseguire essenziali beni comuni quali la ricerca scientifica, la promozione artistica e culturale nonché la sanità*» (sent. Corte cost. n. 500/1993, *Cons. in dir.*, par. 5).

³³ COSÌ F. MODUGNO, (voce) *Principi generali dell'ordinamento*, in *Enciclopedia Giuridica*, vol. XXIV, Roma, Treccani, 1991, p. 20; M. LUCIANI, (voce) *Economia nel diritto costituzionale*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, vol. V, Torino, Utet, 1990, p. 382; C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, vol. II, Padova, Cedam, 1976, p. 1017; G. FERRARA, *La pari dignità sociale (appunti per una ricostruzione)*, cit., p. 1104;

ed eguale. Invero, «l'uomo come "persona", o per essere considerato come "persona", deve essere, in quanto individuo nella sua singolarità, libero e, in quanto essere sociale, in un rapporto di eguaglianza con gli altri individui. [...]. La libertà è il valore supremo dell'individuo rispetto al tutto, mentre l'eguaglianza è il valore supremo del tutto in quanto composto di parti. [...]. La libertà è il bene individuale per eccellenza e l'eguaglianza è il bene sociale per eccellenza»³⁴.

Libertà ed eguaglianza, quindi, si pongono come condizioni di effettività della realizzazione della persona. Sviluppo e partecipazione, invero, sono conseguenza dell'esercizio della volontà del singolo, della generalità e dell'astrattezza della legge nonché della particolarità e della concretezza dell'intervento pubblico. E allora, in quanto tali, postulano il riconoscimento universale del potere di autodeterminarsi³⁵, la soggezione di tutte le persone alle medesime leggi³⁶ e la rimozione degli ostacoli che creano ingiustificate differenze di fatto nel godimento dei diritti e nell'adempimento dei doveri³⁷. Per cui, nel disciplinare i percorsi di emancipazione e i processi di inclusione della persona, la Costituzione impone che situazioni analoghe non siano trattate in modo dissimile e che situazioni diverse non

³⁴ N. BOBBIO, *Eguaglianza e libertà*, Torino, Einaudi, 1995, pp. 7-8. Nel ritrascrivere lo scritto ho sostituito il termine "giustizia" con il termine "eguaglianza": lo stesso Autore, infatti, chiarisce che i due termini sono sovrapponibili.

³⁵ Sul concetto di "libertà", tra i tanti, R. BIFULCO, L. PRINCIPATO, F. PIZZOLATO, A. CARDONE, G. GRASSO, A. LORENZETTI, F. SAITTO, *I diritti e i doveri costituzionali*, Torino, Giappichelli, 2022, pp. 1 ss.; P. RIDOLA, *Libertà e diritti nello sviluppo storico del costituzionalismo*, cit., soprattutto 4 ss.; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale. Introduzione allo studio dei diritti costituzionali*, cit., pp. 41 ss.; A. BALDASSARRE, *Diritti della persona e valori costituzionali*, Torino, Giappichelli, 1997, pp. 1 ss.; P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, cit., pp. 53 ss.; J.S. MILL, *Saggio sulla libertà*, trad. it S. MAGISTRETTI (a cura di), Milano, Il Saggiatore, 1981, pp. 1 ss.; G. AMATO, *Libertà (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto*, vol. XXIV, Milano, Giuffrè, 1973, pp. 274 ss.

³⁶ Sull'eguaglianza formale, per una ricostruzione teorica generale, M. D'AMICO, *Art. 3*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, vol. I, Bologna, Il Mulino, 2018, pp. 28 ss.; G.P. DOLSO, *Art. 3*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008, pp. 14 ss., in particolare pp. 17-33; A. CELOTTO, *Art. 3, 1° co., Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Torino, Utet, 2006, pp. 65-87; A. AGRÒ, *Art. 3, comma 1*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, vol. I, Bologna-Roma, Zanichelli, 1975, pp. 123 ss. Si vedano, inoltre, *ex multis*, F. SORRENTINO, *Eguaglianza formale*, in *Costituzionalismo*, 2017, n. 3, pp. 1 ss.; C. ROSSANO, *L'eguaglianza formale nella Costituzione italiana*, in S. LABRIOLA (a cura di), *Valori e principi del regime repubblicano. 1. II. Sovranità e democrazia*, Roma-Bari, Laterza, 2006, pp. 717 ss.; A. CERRI, *Uguaglianza (principio costituzionale di)*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma, Treccani, 1994, pp. 1 ss.; L. PALADIN, *Corte costituzionale e principio di eguaglianza: aprile 1979-dicembre 1983*, in AA.VV. (a cura di), *Scritti in onore di Vezio Crisafulli*, vol. I, Padova, Cedam, 1985, pp. 605 ss.; C. ESPOSITO, *Eguaglianza e giustizia nell'art.3 della Costituzione*, in IDEM (a cura di), *La Costituzione italiana – Saggi*, Padova, Cedam, 1954, pp. 17 ss.

³⁷ Sull'eguaglianza sostanziale, per una ricostruzione teorica generale, M. D'AMICO, *Art. 3*, cit., pp. 28 ss.; G.P. DOLSO, *Art. 3*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008, pp. 33-37; A. GIORGIS, *Art. 3, 2° co., Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Torino, Utet, 2006, pp. 88-113; U. ROMAGNOLI, *Art. 3, comma 2*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, vol. I, Bologna-Roma, Zanichelli, 1975, pp. 165 ss. Tra gli altri, chiaramente senza pretesa di completezza, A. D'ALOIA, *Eguaglianza sostanziale e diritto diseguale. Contributo allo studio delle azioni positive nella prospettiva costituzionale*, Padova, Cedam, 2002, pp. 1 ss.; A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Napoli, Jovene, 1999, pp. 1 ss.; B. CARAVITA, *Oltre l'eguaglianza formale. Un'analisi dell'art. 3 comma 2 della Costituzione*, Padova, Cedam, 1984, pp. 1 ss.; G. ZAGREBELSKY, *Corte costituzionale e principio d'uguaglianza sostanziale*, in N. OCCHIOCUPO (a cura di), *La Corte costituzionale fra norma giuridica e realtà sociale*, Bologna, Il Mulino, 1978, pp. 103 ss.

siano trattate allo stesso modo. Solo in tal modo, infatti, è possibile assicurare al singolo una realizzazione conforme alle sue inclinazioni, alle sue aspettative e alle sue esigenze³⁸. In altre parole, nell'assumere la persona a presupposto e fine, i Padri e le Madri Costituenti non si sono limitati ad enunciare la priorità assiologica, ma hanno predisposto un programma di sviluppo e di partecipazione che muove da quel valore primigenio e assoluto che è la pari dignità sociale e che, attraverso lo spiegamento dei principi personalista, pluralista e solidarista, garantisce l'esercizio libero ed eguale dei diritti e dei doveri necessari alla valorizzazione delle capacità e al soddisfacimento dei bisogni che ciascuno matura in relazione al proprio vivere individuale e collettivo.

3. La funzione “personalista” della scienza

Chiarito qual è l'oggetto del programma costituzionale e richiamati i valori, i principi e le situazioni giuridiche soggettive posti a presidio dello stesso, è ora possibile soffermarsi, in ossequio agli obiettivi del presente scritto, sull'apporto che le regole e i paradigmi scientifici conferiscono allo sviluppo e alla partecipazione della persona.

Non è questa la sede per indugiare sui rapporti tra scienza e diritto³⁹, ma il prosieguo della trattazione esige talune precisazioni a riguardo. Nell'ambito dell'attuazione del programma costituzionale, infatti, legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni sono spesso chiamati a confrontarsi con elementi di matrice extra-giuridica. Non foss'altro perché la realizzazione umana costituisce il movente di qualsiasi forma di ricerca scientifica.

³⁸ N. OCCHIOCUPO, *La “strategia unitaria” di Giuseppe Dossetti nella elaborazione della Costituzione*, in *Federalismi*, 2011, n. 15, p. 1.

³⁹ La letteratura costituzionalistica è vastissima: L. DEL CORONA, *Libertà della scienza e politica. Riflessioni sulle valutazioni scientifiche nella prospettiva del diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2022, soprattutto cap. I; G. FONTANA, *Tecnoscienza e diritto al tempo della pandemia (considerazioni critiche sulla riserva di scienza)*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2022, n. 1, pp. 800 ss.; L. BUSATTA, *Tra scienza e norma: il fattore scientifico come oggetto, strumento e soggetto della regolazione*, cit., pp. 132 ss.; F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020; P. VERONESI, *La scienza secondo la Costituzione italiana*, in *BioLaw Journal*, 2021, n. 3, pp. 151 ss.; E. CASTORINA, *Scienza, tecnica e diritto costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2015, n. 4, pp. 1 ss.; D. SERVETTI, *Riserva di scienza e tutela della salute. L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislative e giurisdizionali*, Pisa, Pacini, 2019; B. PASTORE, *Tecnologie emergenti, incertezze della scienza, regolamentazione giuridica*, in *Teoria e critica della regolazione sociale*, 2018, n. 17, pp. 97 ss.; A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018; E. CHELI, *Scienza, tecnica e diritto: dal modello costituzionale agli indirizzi della giurisprudenza costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 1, pp. 1 ss.; F. BILANCIA, *La libertà della scienza e della ricerca: attualità della riflessione di Andrea Orsi Battaglini*, in *Diritto pubblico*, 2016, n. 3, pp. 177 ss.; C. CASONATO, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in *Rivista AIC*, 2016, n. 2, pp. 1 ss.; IDEM, *Introduzione al biodiritto*, Torino, 2012; M. TALLACCHINI, *Scienza, politica e diritto: il linguaggio della co-produzione*, in *Sociologia del diritto*, 2005, n. 1, pp. 75 ss.; A. CERRI, *Diritto e scienza: indifferenza, interferenza, protezione, promozione, limitazione*, in G. COMANDÉ, G. PONZANELLI (a cura di), *Scienza e diritto nel prisma del diritto comparato*, Torino, Giappichelli, 2004, pp. 365 ss.; L. CHIEFFI, *Ricerca scientifica e tutela della persona*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1993.

Per continuare la riflessione, allora, si rende necessario rispondere ad un quesito preliminare: cosa si intende per “scienza”?

Alla più generica delle accezioni, la scienza è un sistema di conoscenze che muove da osservazioni, sperimentazioni e ragionamenti e che offre garanzia della propria validità attraverso descrizioni, dimostrazioni e falsificazioni⁴⁰. Come tale, quindi, si contrappone all’opinione, e cioè al convincimento maturato in assenza di elementi descrittivi, dimostrativi e falsificativi⁴¹.

Ampliando il raggio d’indagine, si apprende che i sistemi di conoscenze in grado di offrire garanzia di validità sono di tre tipi: “formali”, “empirici” e “applicati”.

Le “scienze formali”, conosciute anche come “scienze astratte”, prescindono dall’osservazione e dalla sperimentazione della realtà e si basano esclusivamente su ragionamenti logici. Hanno ad oggetto la definizione di entità ideali, esistenti nella sola mente umana, e sono serventi all’esplicazione e all’implementazione delle scienze empiriche e delle scienze applicate. Ne sono un esempio la logica, la matematica, la statistica, l’informatica teorica, l’intelligenza artificiale, la teoria dell’informazione, la teoria dei giochi, la teoria dei sistemi, la teoria delle decisioni e la linguistica.

Le “scienze empiriche”, invece, studiano la realtà. Muovono dall’osservazione e dalla sperimentazione dei fenomeni che si verificano in natura e all’interno della società, connettendo fatti ed eventi attraverso il ragionamento. Si distinguono in “scienze naturali” e “scienze sociali”: le prime, altresì definite “scienze dure”, hanno ad oggetto la descrizione, la comprensione e la previsione dei fenomeni naturali, le seconde, note pure come “scienze molli”, indagano la società e le relazioni che intercorrono tra gli individui. A propria volta, le scienze naturali si dividono in “scienze della vita”, per tali intendendosi la zoologia e la botanica, e “scienze fisiche”, ossia fisica, chimica, scienze della Terra ed astronomia. Le scienze sociali, d’altro canto, si articolano in “scienze sociali in senso stretto” e “scienze umane”: le une annoverano la sociologia, la storia, la politica, l’economia e il diritto, le altre l’antropologia, la psicologia, la pedagogia, le scienze dell’educazione e le scienze della formazione⁴².

Le “scienze applicate”, infine, sono quelle che impiegano i risultati delle altre scienze, sia formali sia empiriche, ai fini della produzione di beni e dell’erogazione di servizi⁴³. Tra

⁴⁰ N. ABBAGNANO, (voce) *Scienza*, in N. ABBAGNANO, G. FORNERO (a cura di), *Dizionario di filosofia*, Torino, Utet, 1998, p. 961.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² È bene precisare che nell’alveo delle scienze sociali e delle scienze umane, ma più in generale delle scienze empiriche, non rientrano né le discipline umanistiche (e cioè letteratura, filologia, semiotica, storia dell’arte, la filologia, arti visive e arti performative) né quelle filosofiche (metafisica, epistemologia, etica e logica, ma pure filosofia della religione, della scienza, del linguaggio, della mente, filosofia politica ed estetica), in quanto studiate in modo eminentemente speculativo.

⁴³ In un certo senso, sono il tramite tra “scienza”, intesa come sistema di conoscenze in grado di offrire garanzia di validità, e “tecnica”, intesa come utilizzo di conoscenze scientifiche per la risoluzione di problemi pratici.

di esse figurano l'ingegneria, la medicina, la farmacia, l'economia applicata, l'informatica, l'architettura e il *design*.

Ebbene, dalla ricostruzione che precede è possibile trarre indicazioni utili a chiarire quelli che sono i rapporti tra scienza e diritto, e soprattutto a comprendere la tipologia di apporto che regole e paradigmi scientifici forniscono all'attuazione del programma costituzionale di emancipazione e di inclusione della persona.

La prima indicazione da trarre è che anche il diritto è una scienza, e nello specifico una scienza empirica⁴⁴ che muove dall'osservazione della società e dell'ordinamento giuridico⁴⁵, funzionalizzando quell'osservazione alla descrizione, alla dimostrazione e alla falsificazione delle proposizioni logico-deontiche che regolano l'esistenza e le relazioni umane⁴⁶.

Tali proposizioni, che esigono obbedienza e producono effetti a prescindere dalla volontà dei destinatari, sono espresse attraverso regole generali, astratte e coercitive – le cosiddette “norme giuridiche” – e riflettono una volontà che promana dalla Costituzione che si è data la società.

Proprio le norme giuridiche, però, segnano il discrimine tra il diritto e le altre scienze.

Difatti, essendo configurabili in termini di imperativi categorici, si caratterizzano per essere le sole regole di scienza in grado di imporre condotte e di conferire poteri ad istituzioni, formazioni sociali e singoli individui⁴⁷.

Lo stesso non può dirsi per le altre regole scientifiche, che, a differenza delle norme giuridiche, sono meramente descrittive⁴⁸. Ad ogni modo, pur non essendo dotate di carattere prescrittivo, esse costituiscono il fondamento di tutta una serie di scoperte che incidono sulle esistenze e sulle relazioni umane⁴⁹. Per rimanere alla più stringente attualità, basti

⁴⁴ Più nel dettaglio, è una scienza sociale e, nell'ambito delle scienze sociali, è una scienza sociale in senso stretto (così come la sociologia, la storia, la politica e l'economia).

⁴⁵ C. LAVAGNA, *Istituzioni di diritto pubblico*, Torino, Utet, 1985, p. 23 e p. 33.

⁴⁶ Si veda A. ROSS, *Diritto e giustizia*, trad. it. G. GAVAZZI (a cura di), Torino, Einaudi, 1965, p. 11.

⁴⁷ H. KELSEN, *Teoria generale delle norme*, trad. it. M. TORRE (a cura di), Torino, Einaudi, 1985, pp. 167-168.

⁴⁸ Il riferimento è agli assiomi, ai teoremi, alle leggi, ai linguaggi, ai sistemi e ai modelli delle scienze formali, delle scienze applicate e delle altre scienze empiriche. Si definisce “assioma” una proposizione non dimostrata ma assunta per vera in quanto ritenuta evidente o comunque indispensabile ai fini dello sviluppo di un sistema. Per “teorema” si intende una proposizione dimostrata attraverso una sequenza finita di implicazioni logiche: $A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow D$ ossia $A \rightarrow D$, dove “A” è un assioma del sistema (o una proposizione dimostrata ultimamente in forza di assiomi) e “B”, “C” e “D” sono le conseguenze di quell'assioma. Si definisce “legge” una regolarità desumibile da dati empirici e in grado di spiegare con sufficiente grado di precisione un'osservazione sperimentale. Per “linguaggio scientifico” si intende una lingua utilizzata per descrivere, categorizzare e divulgare l'oggetto di una determinata scienza; consta di un lessico eminentemente settoriale, i cui termini sono spesso univoci, e si caratterizza per l'utilizzo di sigle, forme abbreviate, formule e rappresentazioni grafico-visive. Il “sistema” è un'unità fisica e funzionale costituita da più parti o da più sotto-insieme interagenti o in relazione funzionale tra loro e con altri sistemi, i quali formano un tutt'uno e in cui ogni parte o ogni sotto-insieme conferisce il proprio contributo ai fini del conseguimento di un obiettivo comune. Per “modello” si intende uno schema teorico atto a descrivere un fenomeno in modo oggettivo.

⁴⁹ Così L. BUSATTA, *Tra scienza e norma: il fattore scientifico come oggetto, strumento e soggetto della regolazione*, in *Costituzionalismo*, 2021, n. 1, p. 133; T. GROPPI, *Alle frontiere dello stato costituzionale: innovazione tecnologica e intelligenza artificiale*, in *Consulta online*, 2020, n. 3, p. 677; G. D'AMICO, *Verso il riconoscimento di un diritto alla scienza?*, in *Diritti*

pensare a come algoritmi, unità di misura, moltiplicatore keynesiano, tavola periodica e dogma centrale della biologia molecolare concorrono all'implementazione di ChatGP, dei *bitcoin*, delle automobili a guida autonoma, degli anticorpi monoclonali e del modello biopsicosociale di disabilità⁵⁰.

Non può certo dubitarsi che siffatte scoperte siano funzionali allo sviluppo e alla partecipazione della persona; tuttavia, affinché diventino in concreto serventi all'inveramento del programma costituzionale, necessitano di recepimento giuridico espresso⁵¹.

La seconda indicazione da trarre, quindi, è che il diritto, inteso come scienza del dover essere (*rectius*, come scienza prescrittiva), è diverso dalla scienza, intesa come insieme delle scienze dell'essere (*rectius*, delle scienze descrittive).

Questa dicotomia, tra l'altro, costituisce la miglior chiave di lettura del contributo che regole e paradigmi scientifici forniscono in relazione all'emancipazione e all'inclusione della persona.

Vero è, infatti, che la realizzazione umana costituisce il movente di qualsiasi forma di ricerca scientifica; vero è pure, però, che soltanto le norme giuridiche sono in grado di obbligare istituzioni, formazioni sociali e singoli individui ad avvalersi di una data regola o di un dato paradigma scientifico.

Vale la pena proporre esempi pratici.

Stando alle risultanze della scienza medica, gli anticorpi monoclonali agiscono contro la proteina “*spike*” del virus Sars-CoV-2: ciononostante, la loro somministrazione esige una previsione giuridica apposita. Lo stesso dicasi per il modello biopsicosociale di disabilità, il cui impiego, pur essendo legittimo dal punto di vista della biologia, della psicologia e della sociologia, non lo è ancora nella prospettiva del diritto. Discorsi analoghi, in ogni caso, possono farsi per le modalità d'impiego di ChatGPT, dei *bitcoin* e delle automobili a guida autonoma, per il consumo di carne coltivata, per gli sviluppi della clonazione umana e del metaverso nonché per la produzione di energia nucleare.

fondamentali, 2019, n. 2, p. 7; G. D'AMICO, *I dubbi della scienza al vaglio della Corte costituzionale: dalle incertezze della scienza alla certezza del diritto (materiali giurisprudenziali)*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale. Atti del seminario svoltosi a Parma il 19 marzo 2004*, Torino, Giappichelli, 2005, p. 261; A. ORSI BATTAGLINI, *Libertà scientifica, libertà accademica e valori costituzionali*, in AA.VV., *Nuove dimensioni nei diritti di libertà. Scritti in onore di Paolo Barile*, Padova, Cedam, 1990, p. 89.

⁵⁰ Ma gli esempi, ovviamente, sono infiniti.

⁵¹ Cfr. M. AINIS, *L'umor nero. Alfabeto del nostro scontento*, Milano, Bompiani, p. 35; M. LUCIANI, *Relazione di sintesi*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale. Atti del seminario svoltosi a Parma il 19 marzo 2004*, Torino, Giappichelli, 2005, pp. 619 ss.; A. SPADARO, *L'idea di Costituzione fra letteratura, botanica e geometria. Ovvero: sei diverse concezioni “geometriche” dell’“albero” della Costituzione e un'unica identica “clausola d'Ulisse”*, in F.F. SEGADO (a cura di), *The Spanish Constitution in the European Constitutionalism context*, Madrid, Dykinson, 2003, pp.169 ss.; si veda pure L. DI MAJO, *La compenetrazione biunivoca tra politica e scienza nella progettazione normativa: un problema o un'opportunità?*, in *DPCE online*, 2021, numero speciale, p. 1738.

In ogni caso, la funzionalizzazione di norme e di scoperte scientifiche all'inveramento del programma costituzionale, e dunque il conferimento di normatività giuridica ad elementi di matrice extra-giuridica⁵², è un processo che consta di tre momenti⁵³.

Il primo, demandato a ricercatori e studiosi, ha carattere oggettivo ed è inteso ad attestare che un dato fatto offra garanzia di validità in base alle regole della scienza che lo sottopone a descrizione, dimostrazione e falsificazione; il secondo, di dominio dei decisori politici, ha carattere valutativo ed è destinato a verificare che un fatto scientificamente validato sia servente all'emancipazione e all'inclusione della persona; il terzo, affidato a legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni, ha carattere prescrittivo ed è preposto al recepimento normativo di un fatto scientificamente validato che sia ritenuto servente alla realizzazione umana⁵⁴.

Ebbene, anche alla più sbrigativa delle letture si evince che la norma giuridica è lo spazio entro cui si realizza la sintesi tra scienza, politica e diritto⁵⁵.

Cionondimeno, questa sintesi è tutt'altro che automatica⁵⁶.

⁵² Sul rapporto tra normatività giuridica e normatività scientifica già F. LEDDA, *Potere, tecnica e sindacato giudiziario sull'amministrazione pubblica*, in *Diritto Processuale Amministrativo*, 1983, n. 4, p. 387; V.E. ORLANDO, *Nota dell'autore del 1925 all'autore del 1885*, in IDEM, *I criteri tecnici per la ricostruzione giuridica del diritto pubblico. Contributo alla storia del diritto pubblico italiano nell'ultimo quarantennio 1885-1925*, Modena, Università degli Studi di Modena, 1925, pp. 27-28. Si vedano anche, però, S. PENASA, *Ai confini del diritto pubblico: ibridazione dei metodi e identità epistemologiche nel prisma del primato della costituzione*, in *Rivista AIC*, 2020, n. 3, in particolare pp. 209 ss.; L. VIOLINI, *Il problematico rapporto tra scienza e diritto: i fronti aperti, la questione del metodo*, in L. ANTONINI (a cura di), *La domanda inevasa*, Bologna, Il Mulino, 2016, pp. 67 ss.; G. D'AMICO, *I dubbi della scienza al vaglio della Corte costituzionale: dalle incertezze della scienza alla certezza del diritto (materiali giurisprudenziali)*, cit., p. 263; E. CASTORINA, *Scienza, tecnica e diritto costituzionale*, cit., p. 49; G. RAGONE, *Scienza e diritto nell'argomentazione della Corte costituzionale*, in *Gruppo di Pisa*, 2015, n. 3, pp. 1 ss.; L. BUFFONI, *Il nomos del mercato tra concorrenza e diritti sociali ed il paradigma del diritto alla libertà eguale*, in AA.Vv., *Spazio della tecnica e spazio del potere nella tutela dei diritti sociali*, Roma, Aracne, 2014, p. 384; A. SPADARO, *Sulle tre forme di "legittimazione" (scientifica, costituzionale e democratica) delle decisioni nello Stato costituzionale contemporaneo*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale. Atti del seminario svoltosi a Parma il 19 marzo 2004*, Torino, Giappichelli, 2005, pp. 575 ss.

⁵³ Si vedano R. MARZO, *L'intrigo del decidere. Scienza, politica, diritto ai tempi del Covid-19, una prospettiva costituzionale*, in *SINAPPSI*, 2022, n. 1, pp. 40 ss.; L. DEL CORONA, *Le decisioni pubbliche ai tempi del Coronavirus. La tutela dei diritti tra fondatezza scientifica, trasparenza e principio di precauzione*, in *BioLaw Journal*, 2020, n. 1, pp. 71 ss.; M. OLIVETTI, *Diritti fondamentali e nuove tecnologie: una mappa del dibattito italiano*, in *Revista Estudos Institucionais*, 2020, n. 2, soprattutto pp. 396-397; P. VERONESI, *Rights on the move: come cambiano i diritti costituzionali (e le loro interpretazioni)*, in *BiolaW Journal*, 2018, n. 2, pp. 77 ss.; M. TALLACCHINI, *Scienza, politica e diritto: il linguaggio della co-produzione*, cit., pp. 75 ss.; IDEM, *La costruzione giuridica dei rischi e la partecipazione del pubblico alla decisioni science-based*, in G. COMANDÈ, G. PONZANELLI (a cura di), *Scienza e diritto nel prisma del diritto comparato*, Torino, Giappichelli, 2004, p. 339.

⁵⁴ S. DE ANGELIS, *Profili istituzionali del rapporto tra tecnica e diritto nel procedimento di normazione e programmazione in materia ambientale e tutela della salute*, in AA.Vv., *Spazio della tecnica e spazio del potere nella tutela dei diritti sociali*, Roma, Aracne, 2014, pp. 79 ss.; A. SPADARO, *Sulle tre forme di "legittimazione" (scientifica, costituzionale e democratica) delle decisioni nello Stato costituzionale contemporaneo*, cit., p. 569 ss.

⁵⁵ P. MILAZZO, *Diritto alla salute e sperimentazione medico-farmacologica, fra norme tecniche, standard internazionali e valutazione etico-amministrativa*, in AA.Vv., *Spazio della tecnica e spazio del potere nella tutela dei diritti sociali*, Roma, Aracne, 2014, pp. 53-54.

⁵⁶ Gli esiti della sintesi tra scienza, politica e diritto non sono né prevedibili né immutabili, così L. BUSATTA, *Tra scienza e norma: il fattore scientifico come oggetto, strumento e soggetto della regolazione*, cit., 133.

Potrebbe accadere, infatti, che l'interesse a normare un fatto scientifico confligga con un altro interesse meritevole di tutela⁵⁷. E potrebbe accadere, altresì, che il recepimento normativo di un fatto non sia in grado di far fronte all'evoluzione scientifica dello stesso – con la conseguenza che il fatto trasposto nella norma giuridica, pur essendo (ancora) valido per il diritto, non lo è (più) per la scienza⁵⁸.

In quali casi, allora, legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni possono recepire, attraverso norme giuridiche, un fatto che ricercatori e studiosi considerano rispondente a criteri di validità scientifica e che i decisori politici ritengono utile ai fini della realizzazione umana?

Quando quel fatto è espressione, anche mediata o indiretta, della priorità assiologica della persona⁵⁹, ossia emanazione della pari dignità sociale e dei suoi corollari⁶⁰.

Se ne deduce che la trasposizione normativa di elementi extra-giuridici incontra un limite invalicabile nel compromesso ideologico raggiunto in Assemblea costituente⁶¹. Sarebbe senz'altro incostituzionale, allora, una norma giuridica che, in caso di invasione del territorio italiano, legittimasse l'utilizzo di armi biologiche. Difatti, se le ragioni di validità della scienza (*rectius*, la rispondenza a requisiti chimico-fisici di descrizione, dimostrazione e falsificazione) e le contingenze politiche (*rectius*, la sicurezza nazionale) inducono a ritenere ammissibile siffatta previsione⁶², i presupposti e le finalità della Costituzione ne impongono la totale censura (*rectius*, la priorità assiologica della persona). Lo stesso potrebbe dirsi per un precetto che, nell'ambito delle politiche di contrasto alla povertà,

⁵⁷ Si vedano anche, però, G. SORRENTI, *Il giudice soggetto alla legge... in assenza di legge: lacune e meccanismi integrativi*, in *Costituzionalismo*, 2018, n. 1, pp. 59 ss.; L. BUSATTA, *Per la costruzione di un pluralismo sostenibile nel rapporto tra diritto e scienze della vita*, in *BioLaw Journal*, 2016, n. 1, pp. 9 ss.

⁵⁸ C. CASONATO, *Le 3 A di un diritto sostenibile ed efficace*, in V. BARSOTTI (a cura di), *Biotecnologie e diritto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016, pp. 29 ss.; IDEM, *Introduzione al biodiritto. La bioetica nel diritto costituzionale comparato*, Trento, Università degli Studi di Trento, 2006, soprattutto pp. 15 ss.; S. AGOSTA, *Tra regole tecnico-scientifiche e trattamenti medici: quel che resta per le fonti del diritto al tempo delle biotecnologie*, in AA.VV., *Spazio della tecnica e spazio del potere nella tutela dei diritti sociali*, Roma, Aracne, 2014, pp. 32 ss.; IDEM, *Spingersi dove neppure alle più avanzate acquisizioni tecnico-mediche è consentito: la sfida del diritto all'epoca della rivoluzione biologica*, in *Rivista AIC*, 2014, n. 1, pp. 3-4.

⁵⁹ L. BUSATTA, *Tra scienza e norma: il fattore scientifico come oggetto, strumento e soggetto della regolazione*, cit., p. 136; E. CASTORINA, *Scienza, tecnica e diritto costituzionale*, cit., p. 20 e p. 24.; G. D'AMICO, *Verso il riconoscimento di un diritto alla scienza?*, cit., p. 7; G. REPETTO, *Art. 9*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, vol. I, Bologna, Il Mulino, 2018, pp. 65 ss.; A. MORRONE, *Il bilanciamento nello stato costituzionale. Teoria e prassi delle tecniche di giudizio nei conflitti tra diritti e interessi costituzionali*, Torino, Giappichelli, 2014, p. 69; L. CHIEFFI, *Ricerca scientifica e tutela della persona*, cit., pp. 118 ss.; A. ORSI BATTAGLINI, *Libertà scientifica, libertà accademica e valori costituzionali*, cit., p. 90.

⁶⁰ G.P. DOLSO, *Per una definizione del concetto di "dignità": itinerari giurisprudenziali*, soprattutto pp. 55 ss.; M. BELLOCCI, P. PASSAGLIA (a cura di), *La dignità dell'uomo quale principio costituzionale. Quaderno predisposto in occasione dell'incontro trilaterale delle Corti costituzionali italiana, spagnola e portoghese, tenutosi a Roma il 30 settembre e il 1° ottobre 2007*, cit.

⁶¹ A. MORRONE, *Il bilanciamento nello stato costituzionale. Teoria e prassi delle tecniche di giudizio nei conflitti tra diritti e interessi costituzionali*, cit., p. 69.

⁶² La rispondenza a requisiti scientifici di descrizione, dimostrazione e falsificazione: nell'un caso chimico-fisici, nell'altro politici (o meglio, di sicurezza nazionale).

disponesse la commercializzazione di pane lievitato con bromato di potassio, un additivo chimico di categoria “2B” (e dunque potenzialmente cancerogeno)⁶³, ma dal costo di produzione bassissimo (e regolarmente impiegato in altri Paesi, Stati Uniti *in primis*).

Superato il descritto vaglio di priorità assiologica, il recepimento normativo soggiace ad un limite ulteriore.

In sede di trasposizione normativa, infatti, gli operatori del diritto non possono in alcun modo interpolare i fatti che la scienza reputa validi sulla base delle proprie regole⁶⁴. Tale limite è garanzia di autonomia dei sistemi di conoscenza ed esclude la sindacabilità, da parte di una scienza, delle ragioni di validità di un'altra scienza⁶⁵. Pertanto, legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni, quando recepiscono elementi extra-giuridici su cui insistono evidenze scientifiche, sono obbligati ad assumere quelle evidenze in termini di certezza, oggettività e non falsificabilità⁶⁶.

Va da sé, allora, che l'errata qualificazione giuridica di un fatto scientificamente validato si traduce in un eccesso di potere normativo⁶⁷, e dunque in un vizio assoggettabile a sanzione⁶⁸.

⁶³ L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (I.A.R.C.) lo classifica nella categoria 2B, e cioè tra gli “agenti carcinogeni possibili” (quelli classificati nel gruppo 1 sono “agenti carcinogeni certi” e quelli classificati nel gruppo 2° sono “agenti carcinogeni probabili”).

⁶⁴ Ciò non toglie, ovviamente, che legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni conservino un certo margine di discrezionalità. Si pensi all'ipotesi in cui gli elementi extra-giuridici da trasporre siano validati solo parzialmente. Nella specie, l'incertezza delle conclusioni raggiunte dalla scienza suggerisce agli operatori del diritto di subordinare il recepimento normativo a vagli di precauzione e di proporzionalità particolarmente stringenti. In ogni caso, un certo margine di discrezionalità sussiste pur dinanzi ad acquisizioni scientifiche certe, oggettive e non falsificabili. È il caso, ad esempio, in cui tali acquisizioni confliggano con altri interessi meritevoli di tutela. La scienza, infatti, non è un valore assoluto e, pertanto, è assoggettabile a qualsiasi forma di bilanciamento. Si veda, in proposito, L. BUFFONI, *La “dottrina” dello sviluppo sostenibile e della solidarietà generazionale. Il giusto procedimento di normazione ambientale*, in *Federalismi*, 2007, n. 8, soprattutto pp. 10 ss.

⁶⁵ Si veda R. BIN, *La Corte e la scienza*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2005, pp. 8-9.

⁶⁶ A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, cit., p. 145.

⁶⁷ «[S]ia che attenga alla cattiva valutazione del legislatore di un atto scientifico sia alla sua carente valutazione ovvero alla sua omissione, l'errore sul dato scientifico o tecnico arriva a determinare sempre un vizio per eccesso di potere, perché il legislatore si spinge dove non avrebbe dovuto [...] se, infatti, la forza della legge sottovaluta o trascura le conseguenze oggettive di un dato o di un fatto scientifico, ma la norma lo disciplina, la forza posta dal legislatore sarà percepita prepotente e arbitraria, eccessiva, non ragionevole, appunto, rispetto alla verità scientifica», F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, cit., pp. 25-26. In senso analogo D. SERVETTI, *Riserva di scienza e tutela della salute. L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislative e giurisdizionali*, cit., p. 80; A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, cit., p. 145; M. TALLACCHINI, *Scienza, politica e diritto: il linguaggio della co-produzione*, cit., pp. 75 ss.

⁶⁸ M. D'AMICO, *La Corte costituzionale e i fatti: istruttoria ed effetti delle decisioni*, in M. D'AMICO, F. BIONDI (a cura di), *La Corte costituzionale e i fatti: istruttoria ed effetti delle decisioni*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018, p. 32; N. ZANON, *La Corte, i poteri istruttori e la dottrina*, in M. D'AMICO, F. BIONDI (a cura di), *La Corte costituzionale e i fatti: istruttoria ed effetti delle decisioni*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018, pp. 15 ss.; M. CARTABIA, *Qualche riflessione di un giudice costituzionale intorno al problema dell'intreccio tra diritto, scienza e tecnologia*, in *Biolaw Journal*, 2017, n. 1, pp. 9-12.

In particolare, secondo la costante giurisprudenza della Corte costituzionale⁶⁹, questo vizio si verifica allorché l'opzione normativa contrasta in modo manifesto con il canone della ragionevolezza, appalesandosi come espressione di un uso distorto della discrezionalità e raggiungendo una soglia di evidenza tale da atteggiarsi alla stregua di una figura sintomatica di eccesso di potere, e cioè di sviamento rispetto alle attribuzioni che l'ordinamento assegna a legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni nell'ambito dell'attività di normazione⁷⁰. Di conseguenza, devono ritenersi indubitabilmente irragionevoli, e nello specifico viziati da eccesso di potere, le norme giuridiche che disciplinano una data materia senza tener conto delle evidenze scientifiche (*rectius*, degli elementi extra-giuridici certi, oggettivi e non falsificabili) che insistono su quella materia⁷¹.

Tutto ciò, ovviamente, non è sintomatico di un dominio della scienza sul diritto⁷². Al contrario, è indicativo del fatto che la scienza, al pari del diritto, è soltanto un mezzo di attuazione del programma costituzionale. A distinguerli è la circostanza che le norme giuridiche sono dotate di forza prescrittiva e, in quanto tali, conferiscono un *plus* di effettività alle norme delle altre scienze⁷³.

⁶⁹ *Ex multis* sent. Corte cost. n. 279/2012; sent. Corte cost. n. 58/1999; sent. Corte cost. n. 313/1995.

⁷⁰ Più in generale, in tema di eccesso di potere legislativo, si vedano A. CELOTTO, F. MODUGNO, *La giustizia costituzionale*, in F. MODUGNO (a cura di), *Diritto Pubblico*, Torino, Utet, 2015, pp. 706-707; G. ZAGREBELSKY, V. MARCENÒ, *Giustizia costituzionale*, Bologna, Il Mulino, 2012, pp. 233-234; A. CERRI, *Corso di giustizia costituzionale*, Milano, Giuffrè, 2008, p. 137; G. SCACCIA, *Eccesso di potere legislativo e sindacato di ragionevolezza*, in *Politica del diritto*, 1999, n. 3, pp. 387 ss., soprattutto pp. 391 ss. Vale la pena, in ogni caso, richiamare anche la dottrina più risalente, e segnatamente V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Milano, Giuffrè, 1952, p. 61; G. GUARINO, *Abrogazione e disapplicazione delle leggi illegittime*, in *Jus*, 1951, n. 3, pp. 356 ss.; IDEM, *Profili costituzionali, amministrativi e processuali delle leggi per l'Altopiano silano e sulla riforma agraria e fondiaria*, in *Il Foro italiano*, 1952, n. 4, pp. 73 ss.; C. MORTATI, *La Costituzione materiale*, cit., pp. 184 ss.; IDEM, *Sull'eccesso di potere legislativo*, in *Giurisprudenza italiana*, 1949, n. 1, pp. 457 ss.; M.S. GIANNINI, *Il potere discrezionale della pubblica amministrazione*, Milano, Giuffrè, 1939, pp. 91 ss.

⁷¹ «Questa Corte non intende certo escludere che il sindacato sulla costituzionalità delle leggi, vuoi per manifesta irragionevolezza vuoi sulla base di altri parametri desumibili dalla Costituzione, possa e debba essere compiuto anche quando la scelta legislativa si palesi in contrasto con quelli che ne dovrebbero essere i sicuri riferimenti scientifici o la forte rispondenza alla realtà delle situazioni che il legislatore ha inteso definire. [...] questo specifico riscontro di costituzionalità deve essere compiuto con particolare rigore, per le conseguenze che ne discendono sia per la libertà dei singoli che per la tutela della collettività. E tuttavia, perché si possa pervenire ad una declaratoria di illegittimità costituzionale occorre che i dati sui quali la legge riposa siano incontrovertibilmente erronei o raggiungano un tale livello di indeterminatezza da non consentire in alcun modo una interpretazione ed una applicazione razionali da parte del giudice», sent. Corte cost. n. 114/1998, *Cons. in dir.*, par. 4; «la giurisprudenza costituzionale ha ripetutamente posto l'accento sui limiti che alla discrezionalità legislativa pongono le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione», sent. Corte cost. n. 151/2009, *Cons. in dir.*, par. 6.1; «Un intervento sul merito delle scelte [...], in relazione alla loro appropriatezza, non può nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica del legislatore, ma deve tenere conto anche degli indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi a ciò deputati, anche in riferimento all'accertamento dell'esistenza di una lesione del diritto [...] ed alla idoneità e strumentalità di una determinata tecnica a garantirne la tutela», sent. Corte cost. n. 162/2014, *Cons. in dir.*, par. 7.

⁷² Espressamente A. MORRONE, *Ubi scientia ibi iura. A prima lettura sull'eterologa*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 11 giugno 2014, soprattutto pp. 6-7.

⁷³ Fermo restando, in ogni caso, che la prescrittività del diritto, pur incidendo sulla concreta attuazione delle acquisizioni delle altre scienze, non incide sull'autonomia di ricerca di queste ultime.

Quindi, ai fini degli ulteriori sviluppi della presente indagine, si può senz'altro affermare che non sono la scienza e il diritto ad orientare la realizzazione umana, ma è quest'ultima a costituire il presupposto e il fine di qualsiasi forma di ricerca scientifica⁷⁴. Anche perché, come spiegato nel precedente paragrafo, la sola direzione di marcia e l'unico punto di arrivo del cammino di istituzioni, formazioni sociali e singoli individui sono le capacità e i bisogni della persona⁷⁵.

4. La funzione “personalista” del linguaggio

Le relazioni che intercorrono tra scienza e diritto attestano che le norme giuridiche costituiscono un elemento indefettibile ai fini dell'attuazione del programma costituzionale. Difatti, in ragione della loro forza prescrittiva, sono in grado di creare, modificare o estinguere rapporti e situazioni che incidono sullo sviluppo e sulla partecipazione della persona⁷⁶. Proprio per questo motivo, allora, istituzioni, formazioni sociali e singoli individui devono essere messi in condizione di comprenderne appieno i contenuti⁷⁷. Da qui l'esigenza che il linguaggio giuridico rifugga le ambiguità semantiche e sintattiche e persegua gli obiettivi della semplicità espositiva, dell'infungibilità di contenuto e della corretta trasposizione degli elementi-extra-giuridici⁷⁸.

Ad esplicitarlo, del resto, è la stessa Presidenza del Consiglio dei ministri, la quale, attraverso la circolare n. 10888/2001⁷⁹, ha testualmente affermato che l'intelligibilità di una norma giuridica, ma più in generale l'apporto del linguaggio giuridico all'attuazione del programma costituzionale, è il precipitato di enunciati brevi, chiari, sintetici, precisi e univoci. Nello specifico, sono requisiti di brevità l'assenza di incisi complessi, il ricorso alla paratassi in luogo dell'ipotassi e la puntuale indicazione del soggetto, del predicato e dell'oggetto. La chiarezza, invece, consiste nell'attribuire alla norma giuridica un senso che coincida con il significato letterale delle parole che la compongono.

La sinteticità, d'altro canto, postula un linguaggio asciutto e l'assenza di aggettivi e avverbi che nulla aggiungono alla prescrittività della norma.

La precisione impone un'individuazione chiara dell'oggetto di regolazione, degli effetti che si connettono ad esso e delle situazioni giuridiche soggettive che ne derivano; rifugge,

⁷⁴ A. BARBERA, *Un moderno Habeas Corpus?*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 27 giugno 2013, p. 1.

⁷⁵ Così G. D'AMICO, *Verso il riconoscimento di un diritto alla scienza?*, cit., p. 7.

⁷⁶ G. CARCATERRA, *La forza costitutiva delle norme*, Roma, Bulzoni, 1979, p. 95; IDEM, *Le norme costitutive*, Milano, Giuffrè, 1974, pp. 117 ss.

⁷⁷ Da ultimo M.A. CORTELAZZO, *Lingua e linguaggi tecnici*, in *Rivista AIC*, 2023, n. 3, soprattutto pp. 105-107.

⁷⁸ R. ZACCARIA, *Il linguaggio del legislatore e della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2023, n. 1, pp. 141-142; P. CARETTI, *Lingua e Costituzione*, in *Rivista AIC*, 2014, n. 2, pp. 1 ss.; T. DE MAURO, *Storia linguistica dell'Italia repubblicana*, Roma-Bari, Laterza, pp. 201 ss.

⁷⁹ Circolare 2 maggio 2001, n. 10888, recante “Guida alla redazione dei testi normativi”, soprattutto pp. 7 ss.

inoltre, formulazioni dal significato scientificamente non validato e formulazioni linguisticamente inidonee a garantire la corrispondenza tra l'elemento disciplinato e il *nomen iuris* utilizzato.

L'univocità, infine, è la risultante della coerenza, della non contraddittorietà e dell'omogeneità terminologica della norma giuridica (sia all'interno della stessa norma sia tra norme differenti) nonché della sua aderenza all'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione.

Tra l'altro, ancor prima della Presidenza del Consiglio dei ministri, il Giudice delle leggi aveva dichiarato che «*il sistema costituzionale pone al vertice della scala dei valori la persona umana*» e che, pertanto, «*nelle prescrizioni tassative [di legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni] il soggetto deve poter trovare, in ogni momento, cosa gli è lecito e cosa gli è vietato*», essendo «*a questo fine necessarie norme giuridiche precise, chiare, contenenti direttive di comportamento riconoscibili*», tali da garantire che quel soggetto «*sarà chiamato a rispondere solo per azioni da lui controllabili, mai per comportamenti che solo fortuitamente producano conseguenze vietate e comunque mai per comportamenti realizzati nella non colpevole – e quindi inevitabile – ignoranza del precetto*»⁸⁰.

Se ne deduce che il compromesso ideologico raggiunto in Assemblea costituente pone in capo agli operatori del diritto non soltanto l'onere di conferire prescrittività a qualsiasi elemento in grado di valorizzare le capacità e di soddisfare i bisogni della persona, ma anche quello di adottare un linguaggio, e dunque uno stile di comunicazione⁸¹, massimamente intellegibile, che assicuri la decifrabilità dell'oggetto e degli effetti della normazione non-

⁸⁰ Sent. Corte cost. n. 364/1988, *Cons. in dir.*, par. 8. Ai suddetti interventi si è di recente aggiunto quello del legislatore ordinario, il quale, nell'ambito della "riforma Cartabia", ha dedicato ampio spazio ai temi della chiarezza e della sinteticità degli atti processuali (Ministero della Giustizia, *Relazione illustrativa al decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 149: "Attuazione della legge 26 novembre 2021, n. 206, recante delega al Governo per l'efficienza del processo civile e per la revisione della disciplina degli strumenti di risoluzione alternativa delle controversie e misure urgenti di razionalizzazione dei procedimenti in materia di diritti delle persone e delle famiglie nonché in materia di esecuzione forzata"*, Roma, 2022, p. 18; in proposito si veda anche F. DE GIORGI, *Le disposizioni generali in materia di chiarezza e sinteticità degli atti processuali nella riforma Cartabia*, in *Judicium. Il processo civile in Italia e in Europa*, 16 giugno 2023). Il novellato art. 121 c.p.c., ad esempio, prevede che tutti gli atti del processo siano redatti in modo chiaro e sintetico (in argomento A. BONAFINE, *Processo telematico*, in R. TISCINI (a cura di), *La riforma Cartabia del processo civile. Commento al d.lgs. 10 ottobre 2022, n. 149*, Pisa, Pacini, 2023, p. 193; F.P. LUISSO, *Il nuovo processo civile. Commentario breve agli articoli riformati del codice di procedura civile*, Milano, Giuffrè, 2023, p. 27.); in maniera non dissimile, l'art. 46 disp. att. c.p.c. dispone che i processi verbali e gli atti giudiziari siano scritti in carattere chiaro e facilmente leggibile, specificando che il mancato rispetto dei criteri e dei limiti di redazione può essere valutato dal giudice ai fini della decisione sulle spese del processo (sulla disposizione in commento, G. SCARSELLI, *I punti salienti dell'attuazione della riforma del processo civile di cui al decreto legislativo 10 ottobre 2022 n. 149*, in *Giustizia insieme*, 15 novembre 2022). Novelle di tenore analogo, poi, hanno avuto ad oggetto scritti processuali specifici: si pensi all'atto di citazione, alla comparsa di risposta, all'atto di citazione in appello, al ricorso per Cassazione, ecc. ... Ad ogni modo, la "riforma Cartabia" s'innesta entro un solco capillarmente tracciato dalla Corte di Cassazione, la quale ha a più riprese censurato la violazione dei valori, dei principi e delle regole di comprensibilità del linguaggio giuridico (per tutte, di recente, ord. Cass. civ., SS.UU., n. 37552/2021).

⁸¹ «[I]l linguaggio si pone come forma privilegiata di comunicazione, fonte di organizzazione semiotica, orientata non solo al dire, ma al fare, in particolare all'agire a partire dall'acquisizione di conoscenze (ossia di dati che hanno significato)», P. MARSOCCI, A. PAPA, *Lingua e linguaggio della comunicazione pubblica*, in *Rivista AIC*, 2023, n. 1, specialmente pp. 170-171. Si veda pure G. ARENA, *La funzione di pubblica di comunicazione*, in G. ARENA (a cura di), *La funzione di comunicazione nelle pubbliche amministrazioni*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2004, soprattutto pp. 67 ss.

ché la corretta trasposizione di paradigmi e regole tradizionalmente estranei all'universo giuridico.

E allora, benché sotto-ordinato rispetto agli obiettivi di efficacia, effettività ed efficienza che governano l'attività normativa di legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni, quello dell'intellegibilità delle norme giuridiche⁸² è comunque un elemento ineludibile ai fini dell'attuazione del programma costituzionale⁸³. A ben vedere, infatti, l'utilizzo di un termine in luogo di un altro termine comporta la modificazione di atti, fatti, processi e situazioni, ma soprattutto delle conseguenze che gli stessi producono sui destinatari. Discorso analogo, ovviamente, può farsi in riferimento all'utilizzo di formulazioni oscure, disorganiche, convolute, tecnicistiche o, peggio, prive di validazione scientifica⁸⁴.

A generare diseguaglianze, quindi, non sono soltanto le finalità perseguite da una norma giuridica, ma anche le parole con cui quella norma giuridica è espressa. Anzi, molto spesso accade che una norma indirizzata verso obiettivi legittimi sia foriera di discriminazioni a livello linguistico, e pertanto di violazioni costituzionali⁸⁵.

Ma davvero cambiare una parola equivale a cambiare la realtà?⁸⁶

La risposta al quesito – che è affermativa – si rinviene nell'esempio proposto di seguito. Nessuno dubita che la legge n. 104/1992 ponga sul valore della pari dignità sociale e ambisca a prevenire e a rimuovere le condizioni che impediscono lo sviluppo della persona,

⁸² Non può non richiamarsi, in proposito, l'approfondita analisi di E. ALBANESI, *A mo' di appunti in vista di un auspicabile aggiornamento, vent'anni dopo, delle Circolari di drafting del 2001: alcune regole ad oggi "mancanti"*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2022, n. 1, in particolare p. 503, secondo cui «non è certamente facile per il drafter destreggiarsi tra le regole di redazione di un testo normativo [...], a ciò dovrebbe soccorrere una gerarchia "a piramide" degli obiettivi del drafting, che dovrebbe costituire una guida preziosa proprio per l'attività del drafter nella quotidiana attività di applicazione delle regole di redazione dei testi normativi. Alla cima della "piramide", [...], sta l'obiettivo dell'efficacy, intesa come capacità di un atto normativo di raggiungere gli obiettivi di regolazione che si propone. Segue l'effectiveness, la quale implica che l'atto normativo preveda adeguatamente gli effetti che andranno a prodursi, ne esprima chiaramente gli obiettivi, provveda ai necessari ed appropriati mezzi per assicurarne l'osservanza nonché agli strumenti per valutarne l'impatto nel tempo. Vengono poi l'efficienza dell'atto normativo (efficiency) e la chiarezza, la precisione e la non ambiguità del suo linguaggio (clarity, precision, unambiguity). Alla base della "piramide" sta infine l'uso di un linguaggio intellegibile al comune cittadino (simplicity/plain language) e non discriminatorio (gender neutral language)». Tale analisi, tra l'altro, prende le mosse dalla nota riflessione in materia di H. XANTHAKI, *Drafting Legislation. Art and Technology of Rules for Regulation*, Oxford and Portland, Hart, 2014 pp. 4 ss. Viaggia sulla stessa lunghezza d'onda anche R. ZACCARIA, *Il linguaggio del legislatore e della Corte costituzionale*, cit., pp. 147-148.

⁸³ Cfr. G. ZAGREBELSKY, *Imparare la democrazia*, Torino, Einaudi, 2005, soprattutto pp. 41 ss.

⁸⁴ R. ZACCARIA, *Il linguaggio del legislatore e della Corte costituzionale*, cit., pp. 148-149 e, in particolare, alla nota n. 27; IDEM, *Fuga dalla legge?*, Brescia, Grafo, 2011. Si veda pure B.G. MATTARELLA, *La trappola delle leggi. Molte, oscure, complicate*, Bologna, Il Mulino, 2011.

⁸⁵ È questa la ragione per cui «*gli articoli 2 e 3 [della Costituzione], che incarnano i principi di eguaglianza, di non discriminazione e di rispetto della dignità inviolabile della persona, indicano come compito del legislatore quello di abbattere i muri della diseguaglianza e della discriminazione, di qualunque natura essa sia o da qualunque fattore essa provenga*», Commissione straordinaria per il contrasto dei fenomeni di intolleranza, razzismo, antisemitismo e istigazione all'odio e alla violenza, *Documento conclusivo, approvato dalla Commissione, sull'indagine conoscitiva sulla natura, cause e sviluppi recenti del fenomeno dei discorsi d'odio, con particolare attenzione alla evoluzione della normativa europea in materia (doc. XVII, n. 6)*, Roma, 22 giugno 2022, pp. 43 ss.

⁸⁶ M. D'AMICO, *Linguaggio discriminatorio e garanzie costituzionali*, in *Rivista AIC*, 2023, n. 1, p. 200.

il raggiungimento della massima autonomia possibile, la partecipazione alla vita della collettività e il godimento dei diritti civili, politici e patrimoniali⁸⁷.

Ciò non toglie, tuttavia, che il conseguimento di questi obiettivi sia stato quantomeno dimidiato dal linguaggio utilizzato dal legislatore, il quale, sino all'entrata in vigore del decreto legislativo n. 62/2024⁸⁸, ha scelto di avvalersi di termini scientificamente superati, la cui spendita ha finito per ridurre e per depotenziare le occasioni di tutela.

Difatti, benché il termine “handicap” sia stato espunto da tutte le classificazioni dell'O.M.S. nel lontano 2001⁸⁹, la legge n. 104/1992 lo ha eretto a fondamento delle proprie disposizioni sino allo scorso 30 giugno, data di entrata in vigore del decreto legislativo appena citato.

Ne discende che la trasposizione normativa del termine “handicap”, e dunque l'attribuzione dello *status* di “handicappato” a coloro che rispondevano ai requisiti fissati dalla legge, non sono state in grado di garantire protezione effettiva alla persona con disabilità⁹⁰.

Quella appena citata è la prova che anche una norma giuridica dalle finalità espressamente antidiscriminatorie può essere veicolo di diseguaglianze e di discriminazioni se costruita con un linguaggio costituzionalmente non adeguato.

Ma quand'è che il linguaggio può essere definito “costituzionalmente non adeguato”?

Quando i termini recepiti all'interno di una norma giuridica sono privi di validazione scientifica – il che, come visto sopra, comporta un eccesso di potere legislativo.

Oppure quando sono esplicitamente o implicitamente “odiosi” – ipotesi che ricorre in presenza di termini differenzialisti, di espressioni che indicano provenienza geografica, di arcaismi, di termini correlati alla sicurezza, di metafore attinenti all'allarme ambientale, di costruzioni biologico-razziali e di reificazioni⁹¹.

Tutto ciò, ovviamente, non significa che legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni debbano rifuggire qualsiasi termine o qualsiasi espressione che possa urtare la sensibilità di un ristretto novero di destinatari. Significa, semplicemente, che le componenti linguisti-

⁸⁷ A confermarlo, del resto, è l'art. 1 di quella stessa legge.

⁸⁸ «A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto: a) la parola: “handicap”, ovunque ricorre, è sostituita dalle seguenti: “condizione di disabilità”; b) le parole: “persona handicappata”, “portatore di handicap”, “persona affetta da disabilità”, “disabile” e “diversamente abile”, ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: “persona con disabilità”; c) le parole: “con connotazione di gravità” e “in situazione di gravità”, ove ricorrono e sono riferite alle persone indicate alla lettera b) sono sostituite dalle seguenti: “con necessità di sostegno elevato o molto elevato”; d) le parole: “disabile grave”, ove ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: “persona con necessità di sostegno intensivo” (art. 4, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024).

⁸⁹ E ciò in ragione dell'incapacità di fornire una rappresentazione scientificamente validata delle capacità e dei bisogni delle persone con disabilità, O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 13 e pp. 179-180.

⁹⁰ . Nel linguaggio gergale, anche a causa dell'inadeguata trasposizione normativa di quel fatto scientifico che è l'handicap, il lemma “handicappato” si è via via caricato di un disvalore socio-culturale non indifferente, C. ARRIGONI, *La disabilità come insulto: sembra incredibile, ma accade ancora e di continuo*, in *Superando.it*, 24 novembre 2020.

⁹¹ Cfr. C. FIORAVANTI, F. ROMANO, *Il lessico delle discriminazioni nei testi normativi: metodi di analisi informatica*, in *Informatica e diritto*, 2014, n. 1, soprattutto pp. 146-152.

che di una norma giuridica sono legittime se assicurano pari dignità sociale ai consociati che si imbattono in esse⁹². Ne consegue che l'edulcorazione del linguaggio, e segnatamente l'adozione di vocaboli e periodi (apparentemente) eufemistici, anodini e privi di eccedenze assiologiche, ha ragion d'essere solo se servente allo sviluppo e alla partecipazione della persona. Per cui, il recepimento normativo di parole e frasi che soddisfino le pretese di salvaguardia delle sensibilità soggettive è *a priori* escluso dalle fondamenta pluraliste dell'ordinamento costituzionale⁹³. In buona sostanza, anche i termini "normativamente corretti" sono esemplificativi di un linguaggio costituzionalmente non adeguato. D'altronde, in quel contesto multiforme che è la realtà, espressione dell'intreccio dialettico tra identità e alterità, unità e pluralità, ogni scelta linguistica "normativamente corretta", che pretenda di "isolare *in vitro*" la naturale complessità dell'essere, finisce per rivelarsi controproducente. Sotto le ceneri del "normativamente corretto", infatti, brucia sempre quella complessità altra e plurale che il linguaggio neutrale si illude di poter spegnere⁹⁴. All'esito di questa breve ricostruzione sul perimetro dell'adeguatezza costituzionale emerge in maniera nitida che il linguaggio giuridico non può dirsi discriminatorio se le parole di cui si compone una norma concorrono – sia autonomamente sia in combinazione con altre – all'attuazione del programma costituzionale. Lo sviluppo e la partecipazione della persona, quindi, dipendono anche e soprattutto dall'uso responsabile che legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni sono chiamati a fare della parola⁹⁵.

5. Persona, scienza e linguaggio nel programma costituzionale in materia di disabilità

In considerazione di quanto emerso nei paragrafi che precedono, è senz'altro possibile affermare che l'ordinamento costituzionale italiano è nato e si è sviluppato nell'intento di tutelare la persona. Tutte le sue componenti agiscono al fine di accrescere le occasioni di realizzazione umana e la legittimità di atti, fatti e comportamenti è sempre valutata in ottica della priorità assiologica della pari dignità sociale. Scienza e linguaggio costituiscono tasselli imprescindibili di questo mosaico e il loro concorso all'attuazione del programma costituzionale è uno dei prismi attraverso cui leggere le articolate rifrazioni dello sviluppo e della partecipazione.

⁹² In veda D. PULITANÒ, *Essere Charlie, o politicamente corretto? Manifestazioni espressive e diritto penale*, in *Sistema Penale*, 20 gennaio 2021, p. 4.

⁹³ *Ivi*, p. 17.

⁹⁴ Tali considerazioni prendono espressamente spunto da G. CIVELLO, *Il politicamente corretto: una nuova barbarie della riflessione?*, in *L-JUS. Rivista semestrale del Centro Studi Rosario Livatino*, 2021, n. 1.

⁹⁵ V. ZAGREBELSKY, *Quando la satira si rifiuta di essere responsabile*, in *La Stampa*, 4 novembre 2020.

È alla luce di questo prisma, allora, che devono essere lette, interpretate e affrontate le difficoltà di emancipazione e di inclusione che le persone con disabilità incontrano nel corso dell'esistenza. Come spiegato in premessa, infatti, legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni non sono stati in grado di intercettare l'evoluzione di paradigmi scientifici e di formulazioni linguistiche, incidendo in negativo sull'affermazione individuale e sulla socializzazione di queste persone.

Il riferimento, in particolare, è:

- 1) all'approccio olistico alla salute – non orientato esclusivamente alla prevenzione e alla cura della patologia, ma focalizzato sulle modalità di conseguimento del benessere⁹⁶;
- 2) al modello biopsicosociale di disabilità – sintomatico della definitiva autonomizzazione del concetto di “disabilità” da quello di “malattia”⁹⁷;
- 3) e alla “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) – vale a dire uno schema concettuale, un forma di linguaggio e un sistema di classificazione atto a garantire effettività alla valorizzazione delle capacità residue e al soddisfacimento dei bisogni speciali delle persone con disabilità.

Quelli appena citati sono elementi indefettibili ai fini della comprensione della disabilità. Ne consegue che il loro omesso o inadeguato recepimento normativo reca *vulnus* evolutivi irrimediabili.

È da qui che ha origine l'inattuazione del programma costituzionale in materia di disabilità ed è questa la ragione per cui la prima parte del presente scritto, e cioè l'indagine sui rapporti tra persona, scienza e linguaggio, è la base su cui innestare il susseguirsi della trattazione.

6. La salute come stato di benessere completo

La realizzazione umana è conseguenza diretta della salute di cui gode la persona.

Gioco-forza, la predisposizione di percorsi emancipativi e di processi inclusivi conformi a Costituzione è prettamente connessa al recepimento normativo del significato che la scienza attribuisce al concetto di “salute”.

Questo concetto, quindi, è il punto da cui muovere per comprendere le ragioni e gli effetti dell'inattuazione del programma costituzionale in materia di disabilità.

⁹⁶ D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Torino, Giappichelli, 2021, pp. 27 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2017, pp. 19 ss.

⁹⁷ In tema, approfonditamente, R. DI SANTO, *Sociologia della disabilità. Teorie, modelli, attori e istituzioni*, Milano, Franco Angeli, 2013, in particolare pp. 52 ss.; C. BARNES, *Capire il modello sociale della disabilità*, trad. it. A. MARRA (a cura di), in *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2008, n. 1, pp. 87 ss.

La salute, così come definita dall'O.M.S. nella propria Costituzione⁹⁸, «*costituisce uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste nella sola assenza di malattia o di infermità*»⁹⁹. In particolare, al fine di conseguire un tale benessere, le persone «*devono essere in grado di identificare e di realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente circostante e di adattarsi ad esso*»¹⁰⁰. Per cui, «*il raggiungimento del maggior livello di salute possibile [...] richiede il contributo di molti settori economici e sociali in aggiunta a quello del settore sanitario*»¹⁰¹.

In altre parole, nel rifuggire un'impostazione biomedica, tendenzialmente orientata all'oggettività biologica¹⁰², l'O.M.S. fa proprio un approccio "olistico", declinando la salute in termini di soddisfazione diffusa, quale esito subottimale di un processo d'interazione biologica, psicologica e sociale¹⁰³. La vita umana, del resto, si snoda entro una pluralità di dimensioni concomitanti, le quali incidono, in modi e forme differenti, sul corpo, sulla mente e sulle relazioni di ogni persona: è questa, in buona sostanza, la ragione che ha indotto l'O.M.S. a traslare l'asse della salute da un oggetto monodimensionale – l'alterazione

⁹⁸ Firmata a New York il 22 luglio 1946 e approvata dall'Italia il 4 marzo 1947 con il d.lgs. C.P.S. n. 1068/1947.

⁹⁹ O.M.S., *Premessa alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, in *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, 1948. Durante la 52esima Assemblea dell'O.M.S., in seno alle commissioni riunite a Ginevra dal 19 al 25 maggio 1999, era stato presentato un emendamento concernente l'aggiornamento della definizione di "salute" adottata dall'O.M.S. nell'ambito della propria Costituzione. In particolare, l'emendamento aveva ad oggetto la seguente modifica: « [l]a salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, e non di mera assenza di malattia». Tuttavia, la modifica non fu sottoposta all'Assemblea Generale e il testo costituzionale rimase invariato.

¹⁰⁰ O.M.S., *Promozione della salute*, in *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, 1986.

¹⁰¹ O.M.S. – UNICEF, *Art. 2, par. 2*, in *Dichiarazione di Alma Ata*, 1978.

¹⁰² Il modello biomedico è fondato sulle teorie riduzionistiche e meccanicistiche di Cartesio e di Newton, i quali interpretano i concetti di "salute" e di "malattia" alla luce del dualismo "mente-corpo" e in conformità al paradigma "causa-effetto". Dette teorie assumono il corpo umano in termini di macchina biologica, imputandone il funzionamento alle sole leggi organiche. A fronte di una tale impostazione, la genesi di una malattia non può che ricondursi ad una causa fisico-chimica (un virus, un batterio, un microrganismo) e gli effetti della stessa non possono che manifestarsi a livello corporeo (attraverso sintomi e segni). Di talché, ogni variazione fisica o psichica da un modello biologico atteso, e cioè predetto sulla base di dati riferiti alla maggioranza della popolazione è da intendersi come una malattia da sanare. Per cui, a livello applicativo, il modello biomedico si propone: 1) di individuare la sede anatomica del danno; 2) di ricondurre quel danno ad una causa fisico-chimica; 3) di intervenire a livello farmacologico, chirurgico o riabilitativo per rimuovere (totalmente o parzialmente) le cause del danno o il danno stesso. In tema, F. CAPRA, *Il modello biomedico*, in F. CAPRA (a cura di), *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, Milano, Feltrinelli, 1984, pp. 104-136.

¹⁰³ L'aggettivo "olistico" deriva dalla radice greca "ὅλος" ed ha il significato di "tutto", "totale", "intero". L'olismo, di conseguenza, è quella teoria filosofica secondo cui un sistema (materiale o spirituale) non è mai scomponibile in parti o riducibile alla sommatoria delle stesse, P. DUHEM, *La teoria fisica: il suo oggetto, la sua struttura*, trad. it. D. RIPA DI MEANA (a cura di), Bologna, Il Mulino, 1978, in particolare pp. 207 ss.; W.V.O. QUINE, *Da un punto di vista logico. Saggi logico-filosofici*, trad. it. P. VALORE (a cura di), Milano, Raffaello Cortina, 2004, soprattutto pp. 62 ss. L'olismo, così come descritto, costituisce l'antitesi del meccanicismo e del riduzionismo. Si veda, in proposito, B. FANTINI, *Meccanicismo e vitalismo nella biologia del Novecento*, Milano, Longanesi, 1976, soprattutto pp. 13 ss. In ambito medico, l'olismo è quella teoria che interpreta le manifestazioni vitali degli organismi alla luce delle relazioni e delle dipendenze funzionali che intercorrono tra le singole parti di quell'organismo, il quale, nella propria complessità, presenta caratteristiche assolutamente peculiari, non riducibili alla sommatoria delle parti che lo compongono. Per tutti, J.C. SMUTS, *Holism and Evolution*, New York, Macmillan, 2013, soprattutto cap. I; ma anche E. LAZLO, *Macrosbift: Navigating the Transformation to a Sustainable World*, San Francisco, Berrett-Koehler, 2001.

biologica sottesa alla malattia – ad un soggetto multidimensionale – la persona complessivamente intesa¹⁰⁴.

Sussunta entro quel paradigma multidimensionale che è l'esistenza umana, la salute assurge a «*stato di completo benessere*», perché, pur presupponendo l'«*assenza di malattia*»¹⁰⁵, si afferma quale sintesi di un bilanciamento più esteso, comprensivo di tutte le variabili che concorrono a migliorare l'esistenza umana¹⁰⁶.

È così, dunque, che il concetto di “benessere” finisce per saldarsi a quello di “qualità della vita”, per tale intendendosi la percezione che la persona ha della propria esistenza in relazione al sistema valoriale entro cui è inserita e alla luce degli obiettivi e degli standard che si è prefissata¹⁰⁷. Questa definizione, coniata dall'O.M.S. negli anni Novanta del secolo scorso, è analoga a quella che si rinviene nel “*Medical subject headings*” della “*National Library of Medicine*” (N.L.M.)¹⁰⁸, ove il concetto di “qualità della vita” è utilizzato per descrivere il livello di benessere riscontrato dalla persona nelle plurime dimensioni che costituiscono l'esistenza umana¹⁰⁹.

È evidente, quindi, che una condizione di benessere biologico non è sufficiente a ritenere in salute una persona, potendo darsi il caso che la stessa manchi di appagamento a livello fisico, psicologico, sociale, economico, ambientale o spirituale¹¹⁰. Una tale evidenza non sfugge all'O.M.S., la quale, nel redigere la “Classificazione Statistica Internazionale delle

¹⁰⁴Il che attesta, implicitamente, la maggiore complessità del processo di “salutogenesi” rispetto a quello di “patogenesi”. Per approfondire la tematica si veda, anzitutto, A. ANTONOVSKY, *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, in *Health Promotion International*, vol. 11, iss. 1, 1996, pp. 11 ss.; IDEM, *Health, Stress and Coping*, San Francisco, Jossey-Bass, 1979. Ulteriori riferimenti utili si rinvengono in M.B. MITTELMARK, S. SAGY, M. ERIKSSON, G. F. BAUER, J. M. PELIKAN, B. LINDSTRÖM, *The Handbook of Salutogenesis*, Berlino, Springer, 2017. Si veda anche C. LANZETTI, *Qualità e modelli di cura. Una verifica sulle riforme in sanità*, Milano, Franco Angeli, 2005, soprattutto pp. 15-23.

¹⁰⁵La malattia costituisce uno scostamento dalla normalità biologica, e cioè una condizione di disequilibrio fisico o chimico delle funzioni fisiologiche e/o delle strutture anatomiche del corpo o della mente.

¹⁰⁶«*Condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, la casa, l'istruzione, il cibo, il reddito, un ecosistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute deve essere necessariamente e saldamente ancorato a questi requisiti*», O.M.S., *Requisiti per la salute*, in *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, 1986.

¹⁰⁷«*Individuals' perception of their position in life, in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*», O.M.S., *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*, in *Social Science & Medicine*, vol. 41, iss. 10, novembre 1995, p. 1405.

¹⁰⁸Il riferimento è al glossario della Biblioteca Nazionale di Medicina, la quale dipende dall'Istituto Nazionale di Sanità, facente a propria volta capo al Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti d'America.

¹⁰⁹«*Generic concept reflecting concern with the modification and enhancement of life attributes, e.g., physical, political, moral, social environment as well as health and disease*», NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, (voce) *Quality of Life*, in *MeSH (Medical Subject Headings). National Library of Medicine*, Bethesda, National Center for Biotechnology Information, 1977.

¹¹⁰Così G. PALESTRO, *Salute e malattia*, in E. LARGHERO, G. ZEPPEGNO (a cura di), *Dalla parte della vita. Itinerari di bioetica*. I, Torino, Effatà, 2007, pp. 401 ss.; A. WIKMAN, S. MARKLUND, K. ALEXANDERSON, *Illness, Disease, and Sickness Absence: an Empirical Test of Differences between Concepts of Ill Health*, in *J Epidemiol Community Health*, vol. 59, iss. 6, giugno 2005, pp. 450-454.

Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati” (I.C.D.)¹¹¹, ha distinto le manifestazioni di assenza del benessere in “*disease*”, “*illness*” e “*sickness*”¹¹².

Più nel dettaglio, il termine “*disease*” indica l’assenza di benessere biologico, e in particolare le lesioni organiche che comportano deviazioni dalle funzioni fisiologiche o dalle strutture anatomiche del corpo o della mente¹¹³. Al termine “*illness*”, invece, l’O.M.S. riconduce l’esperienza soggettiva dell’assenza di benessere, la sensazione di sofferenza interiore che la persona, sulla base del proprio vissuto, avverte in relazione ad una o più dimensioni dell’esistenza umana¹¹⁴. Con il termine “*sickness*”, infine, l’O.M.S. suole rappresentare il mutamento sociale e giuridico che consegue all’assenza di benessere (stigma della comunità di riferimento, garanzia di misure a tutela della salute, ecc. ...)¹¹⁵.

A livello teorico, le condizioni di “*disease*”, “*illness*” e “*sickness*” sono tra loro indipendenti¹¹⁶; nella maggior parte dei casi, però, le relazioni che intercorrono tra le manifestazioni

¹¹¹In detta classificazione sono catalogati i modi di essere dell’assenza di salute e la relativa eziologia L’I.C.D. è stata approvata il 18 maggio 1990 dalla 43esima Assemblea dell’O.M.S ed ormai giunta all’undicesima edizione.

¹¹²La distinzione tra “*disease*”, “*illness*” e “*sickness*” risale ad A.C. TWADDLE, *Influence and Illness. Definitions and Definers of Illness Behavior among Older Males in Providence*, Rhode Island, Brown University, 1968, soprattutto cap. 3. Quest’ultimo ha ulteriormente sviluppato la propria riflessione in A.C. TWADDLE, *Illness and Deviance*, in *Social Science and Medicine*, vol. 7, iss. 10, ottobre 1973, pp. 751 ss. nonché in A.C. TWADDLE, *Disease, illness and sickness revisited*, in A.C. TWADDLE, L. NORDENFELT (a cura di), *Disease, Illness and Sickness. Three Central Concept in the Theory of Health*, in *Studies in Health and Society*, vol. 18, gennaio 1994, pp.1-18. In proposito si veda anche T. GREENHALGH, B. HURWITZ, *Why study narrative?*, in *British Medical Journal*, vol. 318, iss. 48, gennaio 1999, pp. 48-50.

¹¹³Uno stato di benessere biologico risiede nell’allostasi dell’organismo, ossia nella capacità di mantenere una condizione di equilibrio anatomo-fisiologico dinanzi ad eventuali situazioni di cambiamento (virus; sbalzi di temperatura; modificazioni del regime alimentare; ecc. ...). Di conseguenza, uno stato di “*disease*” finisce per riflettere l’incapacità dell’organismo di reagire alle sollecitazioni anatomo-fisiologiche cui è sottoposto, R. DI SANTO, *Sociologia della disabilità. Teorie, modelli, attori e istituzioni*, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 52-53.

¹¹⁴Il benessere psicologico, infatti, è funzione della capacità di comprendere, di gestire e di affrontare le situazioni di disagio, di sofferenza e di dolore che si manifestano nel corso della vita, G. GIARELLI, *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Milano, Franco Angeli, p. 37-38.

¹¹⁵D’altronde, uno «*stato di completo benessere*» dipende anche dalla capacità di fronteggiare le sfide, dirette o indirette, presentate dalla società, dall’ambiente e dall’ordinamento, G. BURY, *Sulla malattia cronica e la disabilità*, in *Salute e Società*, 2005, n. 4, p. 152;

¹¹⁶1) “*Disease*” senza “*illness*” e senza “*sickness*”: assenza di benessere biologico non percepita a livello di sofferenza personale e non comportante mutamenti socio-giuridici (HIV o tumore non ancora diagnosticati); 2) “*Illness*” senza “*disease*” e senza “*sickness*”: assenza di benessere psicologico non attestabile biologicamente e non comportante mutamenti socio-giuridici (malinconia, senso di insoddisfazione, consapevolezza della propria incompetenza); 3) “*Sickness*” senza “*disease*” e senza “*illness*”: mutamento socio-giuridico derivante da una condizione di assenza di benessere non attestabile biologicamente e non percepita a livello di sofferenza personale (l’omosessualità in alcuni Stati o la masturbazione in altri periodi storici); 4) “*Disease*” e “*illness*” senza “*sickness*”: assenza di benessere biologico percepita a livello di sofferenza personale ma non comportante mutamenti socio-giuridici (raffreddamenti, carie, mal di mare); 5) “*Disease*” e “*sickness*” senza “*illness*”: assenza di benessere biologico comportante mutamenti socio-giuridici ma non percepita a livello di sofferenza personale (si pensi all’alterazione di valori ematici come il colesterolo, che non desta particolare preoccupazione psicologica, ma alla quale può conseguire il diritto a prestazioni sanitarie gratuite); 6) “*Illness*” e “*sickness*” senza “*disease*”: assenza di benessere psicologico comportante mutamenti socio-giuridici ma non attestabile biologicamente (si pensi all’emicrania, agli acufeni e al colpo di frusta, altamente condizionanti a livello psicologico e di relazioni sociali ma non comprovabili in termini medici), A. MATURO, *Disabilità e dimensioni di malattia*, in *Salute e Società*, 2005, n. 1, pp. 109 ss.

di assenza del benessere sono di influenza reciproca¹¹⁷. Difatti, pur muovendo dall'analisi degli indicatori preposti alla rilevazione del benessere biologico, e quindi dalle risultanze di emocromi, risonanze magnetiche e tomografie computerizzate, la valutazione di uno stato di salute non può prescindere dalla disamina degli indici di misurazione di qualità della vita¹¹⁸, e cioè dall'esito di anamnesi e di questionari che traducono le percezioni soggettive¹¹⁹ in dati, punteggi e percentuali¹²⁰ in grado di qualificare e di quantificare il benessere percepito dalla persona nelle molteplici dimensioni che costituiscono l'esistenza umana¹²¹.

La torsione olistica del concetto di "salute", dunque, precipita in un ripensamento degli stessi paradigmi di cura. Nello specifico, la distinzione tra "disease", "illness" e "sickness", così come testualmente recepitata all'interno della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" (I.C.D.), comporta il passaggio da un modello "disease-centred" (medico-centrico) ad uno "patient-centred" (paziente-centrico)¹²². Il modello "disease-centred", basato sull'espletamento di indagini obiettivo-strumentali e sull'applicazione del trattamento empiricamente più efficace, mira a ripristinare, mediante

¹¹⁷Lo spiega in dettaglio A. MATURO, *Disabilità e dimensioni di malattia*, cit., in particolare p. 171. Si vedano anche, nel medesimo senso, G. REMUZZI, A. MATURO, *Tra Igea e Panacea. Riflessioni su medicina e società*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 108-109; G. BURY, *Sulla malattia cronica e la disabilità*, cit., pp. 147 ss.; B. HOFFMAN, *On the Triad Disease, Illness and Sickness*, in *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 27, iss. 6, dicembre 2002, pp.651 ss. *Contra*, L. NORDENFELT, *On the Disease, Illness and Sickness Distinction: a Commentary on Andre Twaddle's System of Concepts*, in A.C. TWADDLE, L. NORDENFELT (a cura di) *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*, in *Studies on Health and Society*, cit., pp. 19 ss., il quale declina in termini tricotomici, e dunque oppositivi, le relazioni tra "disease", "illness" e "sickness".

¹¹⁸Indice di percezione del benessere biologico è l'equilibrio fisico-chimico delle funzioni fisiologiche e delle strutture anatomiche del corpo e della mente; del benessere fisico la tonicità muscolare, l'atleticità, la capacità di recupero, ecc. ...; del benessere psicologico l'accettazione di sé, il buon umore, la motivazione, ecc. ...; del benessere sociale la solidità dei legami familiari, sentimentali e amicali, l'inclusione all'interno della comunità di riferimento, ecc. ...; del benessere economico la stabilità occupazionale, la soddisfazione professionale, la disponibilità di spesa, ecc. ...; del benessere ambientale il clima, l'assenza di barriere architettoniche, l'accessibilità dei servizi, ecc. ...; del benessere interiore la possibilità di professare liberamente la propria fede, di praticare il proprio culto, ecc. ...

¹¹⁹La qualità della vita, infatti, è un costrutto soggettivo (e cioè valutabile esclusivamente dal singolo), multidimensionale (e dunque non circoscritto alla dimensione biologica dell'esistenza), dinamico (e pertanto variabile nel tempo) e culturalmente correlato (ossia condizionato dalla comunità di appartenenza), F. EFFICACE, (voce) *Qualità della vita*, in *Enciclopedia Online Treccani*, 2010.

¹²⁰Tali questionari si distinguono in generici, specifici e specifici per singola dimensione. I primi constano di una serie di domande atte a rilevare il livello di benessere complessivamente percepito dalla persona; i secondi misurano l'incidenza che le variabili esogene ed endogene esercitano sul livello di benessere complessivamente percepito dalla persona; i terzi misurano l'incidenza che le variabili esogene ed endogene esercitano sul livello di benessere percepito dalla persona con riferimento alle singole dimensioni che costituiscono la sua esistenza. Ad ogni modo, il *database* entro cui reperire i principali questionari utilizzati per la misurazione della qualità della vita prende il nome di "PROQOLID" (*Patient-Reported Outcome and Quality Of Life Instruments Database*), liberamente accessibile al relativo indirizzo web. Ad ogni modo, le misure di salute e QoL possono essere sommariamente suddivise nelle seguenti categorie: strumenti generici, strumenti specifici, strumenti specifici per particolari aree di QoL.

¹²¹S. PARMET, C. LYNM, R.M. GLASS, *Quality of life*, in *JAMA*, vol. 288, iss. 23, dicembre 2002, p. 3070.

¹²²Si veda E. SAITA, *Pensare alla salute e alla malattia. Legami tra mente, corpo e contesto di appartenenza*, Milano, EDUCatt, 2014, in particolare pp. 23, ove si trova un rinvio espresso a M. BALINT, *Medico, paziente e malattia*, Roma, Fioriti, 2014, pp. 1 ss.

l'erogazione di prestazioni sanitarie, una condizione di “no-disease”, e cioè lo stato di salute che ha preceduto la manifestazione biologica dell'assenza di benessere. Il paziente, approcciato in termini “cure-oriented”, riveste un ruolo meramente passivo, limitandosi a recepire una prescrizione medica (farmacologica, chirurgica o riabilitativa) che ricondurrà a normalità biologica eventuali alterazioni fisiologiche o anatomiche¹²³. Tuttavia, pur oggettivizzandosi attraverso il corpo o la mente, ogni alterazione biologica presenta un decorso assolutamente soggettivo, legato alle altre variabili che incidono sulla qualità della vita di una persona (personali, ambientali, ecc. ...)¹²⁴. L'incidenza di quelle variabili, però, trascende l'ambito sanitario ed appalesa tutte le inefficienze del modello “disease-centred”, il quale, come appena visto, attribuisce rilievo alle sole cure mediche.

Viceversa, il modello “patient-centred” si propone di garantire uno «stato di completo benessere»¹²⁵, che combini «assenza di malattia» e subottimalità nella qualità della vita. Questo modello, così come affermato, esige un approccio “care-oriented”, incentrato sulla presa in carico complessiva del paziente¹²⁶. In altre parole, se l'impostazione “disease-centred”/“cure-oriented” è strutturata in conformità all'“agenda del medico”, ed ha

¹²³ Il modello biomedico, in uso sino agli anni Cinquanta del secolo scorso, era centrato sulla malattia. La comunicazione tra medico e paziente, tendenzialmente unidirezionale, muoveva da uno schema standardizzato di domande, funzionale all'effettuazione di una diagnosi che garantisse la somministrazione della terapia medica più adatta. Il paziente, infatti, era sottoposto ad un esame obiettivo, all'esito del quale il medico formulava una propria ipotesi diagnostica, prescriveva accertamenti e somministrava cure. L'attenzione era rivolta alla sola patologia, dinanzi alla quale il medico, in qualità di “esperto”, era il solo a poter agire, e dunque a poter “salvare” il paziente. Così R. MEDEGHINI, E. VALTELLINA (a cura di), *Quale disabilità? Culture, modelli e processi d'inclusione*, Milano, Franco Angeli, 2006, soprattutto pp. 43-47; G. GIARELLI, *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario: prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Milano, Franco Angeli, 2005, in particolare pp. 137 ss.; T. PARSONS, *Il sistema sociale*, Roma, Edizioni di Comunità, 1996, specialmente pp. 437 ss. Se tale modello presenta indiscutibili vantaggi in termini di chiarezza, predittività e verificabilità, comporta, per altro verso, una parcellizzazione disumanizzante del paziente, il quale finisce per essere identificato con la sola parte del corpo o della mente affetta da malattia, e un'iperspecializzazione alienante del medico, al quale è precluso l'espletamento di tutte le attività non strumentali alla risoluzione del problema specificamente sottopostogli, G. GIARELLI, *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano, Franco Angeli, 2003, soprattutto p. 349.

¹²⁴ L'approccio biomedico e l'impostazione “disease-centred” si sono rivelati inadeguati dinanzi alle molteplici trasformazioni che hanno investito la società occidentale nella seconda metà del secolo scorso. Il riferimento precipuo è al progresso tecnologico, che ha senza dubbio concorso, attraverso gli strumenti di diagnosi precoce, al miglioramento degli standard sanitari occidentali. Si pensi, poi, all'aumento dell'età media della popolazione, che ha comportato un sensibile incremento di patologie cronico-degenerative, traslando l'asse della cura medica dagli interventi finalizzati alla guarigione dalla malattia a quelli preposti alla gestione del paziente. Si considerino, inoltre, le politiche di razionalizzazione della spesa sanitaria, che hanno acuito la necessità di verificare l'efficienza dei sistemi sanitari e l'efficacia degli interventi di cura, e tutto ciò al fine di garantire un'allocazione più oculata delle risorse. Così L.G. PORTNEY, *Foundations of clinical research. Applications to Evidence-Based Practice*, Filadelfia, F.A. Davis, 2020, pp. 2 ss.

¹²⁵ J.H. LEVENSTEIN, E.C. McCracken, I.R. McWhinney, M.A. Stewart, J.B. Brown, *The Patient-Centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine*, in *Family Practice*, vol. 3, iss. 1, marzo 1986, pp. 24-30.

¹²⁶ “[W]e learn from one another how to be human by identifying ourselves with others, finding their dilemmas in ourselves. What we all learn from it is self-knowledge. The self we learn about [...] is every self. It is universal-the human self. We learn to recognize ourselves in others [...] and it keeps alive our common humanity and avoids reducing self or other to the moral status of object”, J. WATSON, *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*, Norwalk, NLN Press, 1985, pp. 59-60. Pertanto, in quel contesto multidimensionale che è l'esistenza umana, l'approccio “care-oriented” si pone come il tentativo di evitare che una particolare condizione di assenza di benessere possa costituire un criterio di esclusione dalla tutela dei diritti umani fondamentali, M. LEONARDI, *Vivere malgrado l'imperfezione: i bisogni e le cure*, in *JMP*, 2017, n. 1, p. 17.

quindi ad oggetto l'erogazione di prestazioni esclusivamente sanitarie, quella “*patient-centred*”/“*care-oriented*” si apre all’“agenda del paziente”¹²⁷, ossia ad interventi socio-sanitari e di assistenza sociale che estendano la cura a tutte le dimensioni dell’esistenza umana e rendano i percorsi terapeutici effettivamente personalizzati (medici, infermieri e fisioterapisti si focalizzeranno sulle problematiche riferibili alle funzioni e alle strutture corporee; neurologi, psichiatri e psicologi su quelle afferenti alle funzioni e alle strutture intellettive; sociologi, assistenti sociali ed educatori sulle criticità legate alla comunità e all’ambiente di riferimento)¹²⁸.

In buona sostanza, l’“agenda del paziente” è preordinata alla costruzione di un’“alleanza empatica”¹²⁹ che consenta al paziente e ai professionisti che lo prendono in carico di rapportarsi non soltanto in ragione dei rispettivi ruoli, e cioè in posizione asimmetrica, ma anche come persone, e dunque sullo stesso livello¹³⁰. Gli esseri umani, d’altronde, non conducono vite separate, ma nascono, crescono e vivono in relazione, compiendo scelte in considerazione dei simili di cui si circondano e alla luce della realtà in cui sono proiettati. Per cui, nel sottoporsi a visita medica per la decifrazione diagnostica della malattia, il paziente non si presenta al professionista sanitario come entità impersonale, ma come soggetto inserito in un dato contesto spazio-temporale. Ne discende che una relazione di cura non può essere interamente demandata alle norme scientifiche, giuridiche e deontologiche che disciplinano l’azione del medico, ma deve altresì considerare le capacità e i bisogni sviluppati dal paziente nel corso della propria esistenza¹³¹.

¹²⁷Le definizioni di “agenda del medico” e “agenda del paziente” sono tratte da E.A. MOJA, E VEGNI, *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, Raffaello Cortina, 2000, p. 53.

¹²⁸L’“agenda del paziente” ha ad oggetto quattro diversi ambiti: 1) sentimenti del paziente (e, in particolare, paura generata dalla malattia); 2) considerazioni del malato circa il proprio stato di malattia; 3) aspettative del paziente in ordine a ciò che il medico dovrebbe fare per curare la patologia da cui è affetto; 4) contesto familiare, sociale e professionale del paziente. Tali ambiti, così come individuati, consentono di individuare gli elementi attorno ai quali ciascun medico è chiamato sviluppare il percorso di cura dei propri pazienti, ossia: 1) rispetto per i valori e per le preferenze del paziente; 2) supporto emozionale; 3) comfort fisico e psicologico; 4) informazione, comunicazione ed educazione; 5) continuità e transizione; 6) coordinamento del processo di *care*; 7) coinvolgimento della famiglia e di altri potenziali *caregiver*; 8) accesso ad un percorso assistenziale basato su un approccio *care*, P. MARANO, *Ritorno al paziente. Una sfida per la formazione medica del nuovo millennio?*, Milano, Franco Angeli, 2010, in particolare pp. 169-170.

¹²⁹La ricerca di un legame empatico è ciò che distingue il medico “collettivisticamente impersonale” dell’impostazione “*disease-centred*”/“*cure-oriented*” da quello “individualisticamente personale” dell’impostazione “*patient-centred*”/“*care-oriented*”, K. JASPERS, *Il medico nell’età della tecnica*, Milano, Raffaello Cortina, 1991, p. 47.

¹³⁰Diffusamente, M. MARINELLI, *Trattare le malattie, curare le persone*, Milano, Franco Angeli, 2015.

¹³¹In tal senso T.L. BEAUCHAMP, J.F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2009, p. 37. Ma, per un’indagine più estesa sul concetto di “etica della cura”, si vedano, in particolare, J. TRONTO, *I confini morali. Un argomento politico per l’etica della cura*, trad. it. N. RIVA (a cura di), Parma, Diabasis, 2006, soprattutto pp. 118 ss.; C. GILLIGAN, *Con voce di donna: etica e formazione della personalità*, trad. it. A. BOTTINI (a cura di), Milano, Feltrinelli, 1987, in particolare p. 70. Con specifico riferimento all’etica della cura nell’ambito scienza medica si rinvia a R. MORDACCI, *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, in A.T. TYMIENIECKA, E. AGAZZI (a cura di), *Analecta Husserliana*, Dordrecht, Reidel, 2001, pp. 117 ss.

7. Il modello “biopsicosociale” di disabilità

L’“agenda del paziente”, così come posta a chiusura di un sistema fondato sulla multidimensionalità del concetto di “salute”, sulla distinzione tra “*disease*”, “*illness*” e “*sickness*” e su un *pattern* di cura “*patient-centred*”/“*care-oriented*”, costituisce il viatico per una nuova strategia di approccio alla persona.

Questa strategia, sviluppata da George Libman Engel sotto il nome di modello “biopsicosociale”¹³², tende a ricondurre le capacità e i bisogni della persona all’interazione tra le variabili biologiche, psicologiche e sociali che incidono su di essa¹³³.

Entrando nello specifico, sono ritenute “biologiche” tutte le variabili genetiche, biofisiche, biochimiche, neurobiologiche e tossiche in grado di produrre effetti sul patrimonio genetico e/o sull’organismo di una persona; viceversa, sono definite “psicologiche” le variabili legate ai tratti personologici, all’umore, alle emozioni, alle difese personali, alla capacità di integrazione e di autoregolazione, agli stili e alle modalità di comunicazione interpersonale, alla memoria, alla capacità di elaborare le informazioni e ai processi narrativi; infine, sono considerate “sociali” le variabili originate dalla comunità di appartenenza (familiare, professionale, etnica, ecc. ...), dal contesto ecologico-ambientale, dalle condizioni economiche e dal livello di cultura (grado di studio, tipologia di educazione ricevuta, valori, tradizioni, lingua, ecc. ...) ¹³⁴.

¹³²A onor del vero, il termine “biopsicosociale” è stato coniato, in ambito neurologico e neuropsichiatrico, da R.S. GRINKER, *A struggle for eclecticism*, in *American Journal of Psychiatry*, vol. 121, iss. 5, novembre 1964, pp. 451-457.

¹³³La prima teorizzazione del “modello biopsicosociale” risale a G.L. ENGEL, *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, in *Science*, vol. 196, iss. 4286, aprile 1977, pp. 129-136; gli sviluppi successivi sono raccolti in G.L. ENGEL, *The clinical application of the biopsychosocial model*, in *The American Journal of Psychiatry*, vol. 137, iss. 5, maggio 1980, pp. 535-544.

¹³⁴Così come teorizzato da Engel, il “modello biopsicosociale” ruota attorno alle sole variabili biologiche, psicologiche e sociali, le quali, come visto sopra, sono declinate in senso molto ampio. Nondimeno, in letteratura non mancano richiami più specifici ad altre tipologie di variabili. Taluni, ad esempio, sottolineano la necessità di integrare il modello engeliano con un riferimento esplicito ai fattori culturali, per tali intendendosi i comportamenti, le tradizioni, i valori, la storia e le credenze condivisi da un gruppo di persone e comunicati da una generazione all’altra attraverso il linguaggio o altri mezzi di comunicazione. Così, ad esempio, J. CACIOPPO, G. BERTSON, J. DECETY, *Social neuroscience and its relation to social psychology*, in *Social Cognition*, vol. 28, iss. 6, dicembre 2010, pp. 675-684.; J.Y. CHIAO, A.R. HARIRI, T. HARADA, Y. MANO, N. SADATO, T.B. PARRISH, T. IIDAKA, *Theory and methods in cultural neuroscience*, in *Social cognitive and affective neuroscience*, vol. 5, iss. 2-3, settembre 2010, pp. 356-361.; D. WIRTZ, C. DHIU, E. DIENER, S. OISHI, *What constitutes a good life? Cultural differences in the role of positive and negative affect in subjective well-being*, in *Journal of Personality*, vol. 77, iss. 4, agosto 2009, pp. 1167-1193; E. YONG, *Secrets of the centenarians. Life begins at 100*, in *New Scientist*, vol. 7, settembre 2009, pp. 42-45. Altri, invece, ritengono indefettibile la valutazione dei fattori esistenziali, e cioè del senso che la persona attribuisce alla propria esistenza, degli obiettivi che essa si pone e dei mezzi che sceglie di utilizzare per raggiungerli. Si vedano, in proposito, K. SZADEJKO, *Il modello “biopsicosociale”: verso un approccio integrale*, in *Teoria e Prassi. Rivista di Scienze dell’Educazione*, n. 2020, n. 1, pp. 23 ss., in particolare p. 25; V. FRANKL, *La sfida del significato. Analisi esistenziale e ricerca di senso*, Trento, Erickson, 2005. Altri ancora, infine, insistono sulla rilevanza dei fattori spirituali (espressioni di fede mediante il compimento di riti religiosi; armonia interiore; profonda relazione con la propria anima e con l’aldilà; ecc. ...). In tal senso W.R. MILLER, C.E. THORESEN, *Spirituality, religion, and health: An emerging research field*, in *American Psychologist*, vol. 58, iss. 1, gennaio 2003, pp. 24-35; L.H. POWELL, L. SHAHABI, C.E. THORESEN, *Religion and spirituality: Linkages to physical health*, in *American psychologist*, vol. 58, iss. 1, gennaio 2003, pp. 36-52.

Prendendo le mosse dalla “teoria dei sistemi” di Ludwig von Bertalanffy¹³⁵, Engel descrive ogni realtà¹³⁶ come un macro-sistema composto da micro-sistemi osmotici, e segnatamente come una dimensione multilivello in cui la modificazione di una parte comporta la modificazione del tutto¹³⁷. Per cui, declinata in termini biopsicosociali, la persona è configurabile come una realtà condizionata a livello endogeno dai micro-sistemi da cui è costituita (corpo, personalità, educazione, ecc. ...) e a livello esogeno dai macro-sistemi entro cui è inserita (famiglia, società, biosfera, ecc. ...).

Così come descritto, il modello “biopsicosociale” è intrinsecamente olistico, dal momento che non si riscontra alcuna differenza tra il paradigma multidimensionale entro cui Engel sussume la persona e quello, altrettanto multidimensionale, entro cui l’O.M.S. sussume la salute. Entrambi i paradigmi, infatti, rappresentano il proprio oggetto d’indagine nelle forme di un sistema multilivello, l’interazione delle cui componenti è osmoticamente preordinata al conseguimento di macro-obiettivi comuni (sopravvivenza, riproduzione, emancipazione e benessere); ciascuna di quelle componenti, a propria volta, è formata da micro-componenti che cooperano tra loro al fine di raggiungere micro-obiettivi specifici, funzionali al conseguimento dei macro-obiettivi suddetti (ad esempio, il mantenimento della temperatura corporea a 37° è funzionale alla sopravvivenza)¹³⁸.

Se ne desume, a livello “di metodo”, che la salute e la persona non sono variabili indipendenti, ma funzioni dei rispettivi sistemi di relazione. Il che comporta, a livello “di merito”, che ambedue sono tali poiché in relazione – sia come sistemi in sé sia quali componenti di altri sistemi. In quest’ottica, quindi, il “sistema salute”, che individua quale proprie

¹³⁵Per “sistema”, secondo von Bertalanffy, s’intende un complesso di elementi in interazione tra loro, L. VON BERTALANFFY, *General System Theory: Foundations, Development, Applications*, New York, George Braziller, 1968, p. 54. Affermando che la proprietà più generale e fondamentale di un sistema è l’interdipendenza delle parti che lo compongono o delle variabili che incidono su di esso, Parson e Shil finiscono per replicare la definizione di von Bertalanffy, T. PARSONS, E.A. SHILS, *Toward a general theory of action*, New York, Harvard University Press, 1951, p. 107. In maniera non dissimile, Hall e Fagen rappresentano un sistema come un insieme di oggetti e di relazioni che intercorrono tra detti oggetti e le loro caratteristiche, A.D: HALL, R.E. FAGEN, *Definition of System, in General Systems, the Yearbook of the Society for Advancement of General Systems Theory*, vol. 1, iss. 1, 1956, p. 18. Ad ogni modo, lo studio della “teoria dei sistemi” ha avuto ufficialmente inizio nel 1954, allorquando, a Palo Alto, un gruppo di studiosi europei e americani di differente origine disciplinare (l’economista Kenneth Boulding, il biomatematico Anatol Rapoport, il fisiologo Ralph Gerard e il biologo Ludwig von Bertalanffy) diede vita alla “*Society for general system research*”. Il loro scopo originario era quello di sviluppare una teoria che isomorfizzasse ambiti di studio tradizionalmente separati, F. PARDI, *Teoria dei sistemi*, in *Enciclopedia Online Treccani*, 1998.

¹³⁶Per “realtà” s’intendono, fungibilmente, molecole, cellule, organi, corpo umano, persona, famiglia, società, biosfera, ecc. ...

¹³⁷Si veda anche, per approfondire, D.R. HOFSTADTER, *Gödel, Escher, Bach: un’Eterna Ghirlanda Brillante. Una fuga metaforica su menti e macchine nello spirito di Lewis Carroll*, trad. it. B. VEIT, B. GAROFALO, G. LONGO, G. TRAUTTEUR, S. TERMINI (a cura di), Milano, Adelphi, 1984, p. 54, secondo cui «[s]i parla di “isomorfismo” [e dunque di relazione biunivoca tra le parti] quando due strutture complesse si possono applicare l’una sull’altra, e cioè far corrispondere l’una all’altra, in modo tale che per ogni parte di una delle strutture ci sia una parte corrispondente nell’altra struttura; in questo contesto diciamo che due parti sono corrispondenti se hanno un ruolo simile nelle rispettive strutture».

¹³⁸Si rinvia, in tema, alle recenti riflessioni di E. CHELI, C. ANTONIAZZI, *Olismo. La nuova scienza*, Milano, Enea, 2020, p. 17.

componenti tutte le dimensioni del benessere, può senz'altro essere considerato una delle plurime componenti del "sistema persona".

L'identità tra i paradigmi in disamina ha chiarito all'O.M.S. che la configurazione olistica degli stati di assenza di salute, così come prospettata dalla "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" (I.C.D.)¹³⁹, offre una rappresentazione soltanto parziale della persona. Difatti, le difficoltà riscontrate da quest'ultima nell'esecuzione di un'attività o nella partecipazione alla vita di relazione non sono automatica conseguenza di una condizione di "disease", "illness" o "sickness", ma, più in generale, sono riconducibili alla "persona-sistema" e/o alla "persona-componente"¹⁴⁰.

Per lungo tempo, invece, l'O.M.S. ha spiegato queste difficoltà in conformità ad una sequenza unidirezionale/monocausale:

"assenza di salute → menomazione → disabilità → handicap".

Di seguito un esempio che aiuti a comprendere:

"sordità → menomazione auricolare → disabilità nella comunicazione → handicap nella socialità".

Detta sequenza, così come posta a fondamento della "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap" (I.C.I.D.H.)¹⁴¹, assume in termini di invariante il fatto che l'assenza di salute si esteriorizzi attraverso una menomazione (per tale intendendosi la perdita o l'anomalia di una funzione o di una struttura del corpo o della mente)¹⁴², che la menomazione comporti una disabilità (e cioè una limitazione nell'ese-

¹³⁹La prospettazione cui ci si riferisce è quella di cui al par. 6 del presente scritto, e cioè quella basata sulla tripartizione tra "disease", "illness" o "sickness".

¹⁴⁰Avevo già ragionato a riguardo in F. Masci, *La tutela costituzionale della persona disabile*, cit., pp. 145 ss., in particolare pp. 147-148.

¹⁴¹L'I.C.I.D.H.-1 (o I.C.I.D.H.-80) è stata approvata dall'A.M.S. nel 1976, pubblicata dall'O.M.S. nel 1980 e rimasta in vigore sino al 2001. Essa esplicita la necessità di adottare una pluralità di misure sanitarie, educative e sociali atte ad evitare che menomazioni fisiche e/o psichiche non determinino disabilità cui conseguano, a propria volta, condizioni di svantaggio relazionale. Per ulteriori dettagli su tale classificazione sia consentito rinviare a F. Masci, *La tutela costituzionale della persona disabile*, cit., pp. 145-148.

¹⁴²Più in particolare, per "menomazione" s'intende "ogni alterazione funzionale o anatomica, fisica o psichica, rispetto agli standard di "normalità" biologica. Tale "normalità" non è intesa in termini assoluti, ma in rapporto a persone dello stesso sesso e della stessa età. Nell'I.C.I.D.H.-1 le menomazioni sono distinte in: 1) menomazioni della capacità intellettiva; 2) menomazioni psicologiche; 3) menomazioni del linguaggio; 4) menomazioni auricolari; 5) menomazioni oculari; 6) menomazioni viscerali; 7) menomazioni scheletriche; 8) menomazioni deturpanti; 9) menomazioni generalizzate, sensoriali e di altro tipo, O.M.S., *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*, Ginevra, 1980, pp. 47 ss.

cuzione di attività ritenute alla portata di un normale essere umano)¹⁴³ e che la disabilità provochi un handicap (ossia uno svantaggio nella vita di relazione)¹⁴⁴.

L'assunto, tuttavia, è privo di riscontro scientifico¹⁴⁵.

E ciò per un duplice ordine di ragioni.

Da una parte perché le difficoltà riscontrate nell'esecuzione di un'attività o nella partecipazione alla vita di relazione potrebbero dipendere da componenti della persona diverse dalla salute¹⁴⁶ o da sistemi esterni ad essa¹⁴⁷: si pensi al mancato appostamento, nel bilancio dello Stato, di un fondo destinato all'acquisto di ausili protesici per persone impossibilitate a deambulare a causa della menomazione totale o parziale degli arti inferiori.

Dall'altra perché, quand'anche quelle difficoltà dipendessero dalla componente salute, potrebbero sfuggire alla sequenza "assenza di salute → menomazione → disabilità → handicap": la menomazione visiva conseguente al daltonismo comporta disabilità nella guida ma non provoca handicap relazionali; le menomazioni estetiche derivanti da deturpazioni cutanee (ustioni, cicatrici, ecc. ...) determinano handicap nella socializzazione ma non disabilità nell'esecuzione di attività individuali; emicranie ed acufeni causano disabilità ed handicap ma non sono l'esito di alcuna menomazione¹⁴⁸.

L'impostazione sottesa alla "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap" (I.C.I.D.H.), così come rappresentata dalla sequenza sopra citata, ha fatto emergere, per le ragioni poc'anzi esposte, una pluralità di riflessioni relative alla spendibilità concettuale ed operativa della classificazione.

In particolare, il paradigma entro cui l'O.M.S. ha sussunto le conseguenze dell'assenza di benessere ha portato ad equivocare le relazioni esistenti tra menomazioni, disabilità ed

¹⁴³In buona sostanza, la "disabilità" è la limitazione che impedisce alla persona menomata di compiere una determinata attività nello stesso modo in cui la compirebbe una persona non menomata. L'"attività", nel caso di specie, non è quella propria della funzione o della struttura menomata, ma quella che concorre allo svolgimento di un determinato compito della vita quotidiana, sia esso lavorativo o ricreativo, necessario o superfluo. Nell'I.C.I.D.H.-1 le disabilità sono distinte in: 1) disabilità nel comportamento; 2) disabilità nella comunicazione; 3) disabilità nella cura della propria persona; 4) disabilità locomotoria; 5) disabilità dovuta all'assetto corporeo; 6) disabilità nella destrezza; 7) disabilità circostanziali; 8) disabilità in particolari attitudini; 9) altre limitazioni, *ivi*, pp. 143 ss.

¹⁴⁴L'"handicap" è una compromissione della sfera sociale dell'individuo. Nell'I.C.I.D.H.-1 gli handicap sono distinti in: 1) handicap nell'orientamento; 2) handicap nell'indipendenza fisica; 3) handicap nella mobilità; 4) handicap occupazionali; 5) handicap nella integrazione sociale; 6) handicap nell'autosufficienza economica; 7) altri handicap, *ivi*, pp. 183 ss.

¹⁴⁵P. SCELFO, C. SAPUPPO, *Storia e campi di applicazione della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, in *Pratica Medica & Aspetti Legali*, 2012, n. 1, pp. 21 ss.

¹⁴⁶La salute, infatti, non è qualcosa di statico, di immutabile, che si mantiene costante, ma un processo in costante divenire, condizionato dalla diversa interazione tra genetica, stili di vita ed ambiente circostante, W. FOSCHI, *Epidemiologia ambientale ed epidemiologia sociale: per un approccio integrato*, in C. CIPOLLA (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*, Milano, Franco Angeli, 2004, in particolare pp. 190 ss.

¹⁴⁷F. DETTORI, *Perdersi e ritrovarsi. Una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*, Milano, Franco Angeli, 2011, pp. 22-23.

¹⁴⁸BUONO, T. ZAGARIA, "Dalla disabilità all'abilità, dall'handicap alla partecipazione": i nuovi orientamenti nelle classificazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in *Ciclo Evolutivo e Disabilità/Life Span Disability*, 1999, n. 1, pp. 100-102.

handicap¹⁴⁹. Difatti, le frecce utilizzate in sequenza tendono a conferire alle tre condizioni una non provata consequenzialità unidirezionale, che prescinde da qualsiasi variabile personale e socio-ambientale.

Tali criticità, associate alla torsione olistica del concetto di salute e all'affermazione di un strategia biopsicosociale di approccio alla persona, hanno appalesato tutta l'inadeguatezza applicativa dell'I.C.I.D.H.¹⁵⁰. Proprio per questo motivo l'O.M.S. ha ritenuto indifferibile associare uno strumento di catalogazione biopsicosociale delle capacità e dei bisogni della persona ad uno strumento di catalogazione olistica degli stati di assenza di salute¹⁵¹. In altre parole, l'identità "di metodo" e "di merito" che connota i paradigmi della persona e della salute ha spinto l'O.M.S. a superare la "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap" (I.C.I.D.H.) e ad affiancare alla "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" (I.C.D.) uno strumento in grado fotografare le fondamenta multidimensionali della natura umana¹⁵².

Quello strumento è la "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (I.C.F.).

In linea di massima, le differenze tra I.C.I.D.H. e I.C.F. attengono alla genesi e allo sviluppo delle capacità e dei bisogni della persona¹⁵³.

L'I.C.I.D.H., infatti, rappresenta disabilità ed handicap come conseguenze negative di uno stato di assenza di salute, legittimando un distinguo tra "persone sane" e "persone disabili".

¹⁴⁹M.F. SCHUNTERMANN, *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) – Results and problems*, in *International Journal Rehabilitation Res*, vol. 19, iss. 1, pp. 1-11, 1° marzo 1996; M.C. THURIAUX, *The ICIDH: evolution, status, and prospects*, in *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, iss. 3-4, aprile e giugno 1995, pp. 112-118; M. CHAMIE, *The status and use of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, in *World Health Statistics Quarterly*, vol. 43, iss. 4, 1990, pp. 273-280.

¹⁵⁰E.M. BADLEY, *An introduction to the concepts and classifications of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, in *Disability and Rehabilitation*, vol. 15, iss. 4, ottobre e dicembre 1993, pp. 161-178.

¹⁵¹*L'I.C.F. non è più una classificazione delle "conseguenze delle malattie" [così come lo era, invece, l'I.C.I.D.H.-1], ma è diventata una classificazione delle "componenti della salute". Le "componenti della salute" identificano gli elementi costitutivi della salute, mentre le "conseguenze" si focalizzano sull'impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare*, O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 15.

¹⁵²In argomento, diffusamente, M. LEONARDI, *I.C.F.: la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia*, in *Giornale italiano di Medicina Riabilitativa*, 2003, n. 1, p. 2, secondo cui «migliorare la salute di un individuo o di una popolazione non consiste soltanto nella riduzione della morte prematura dovuta a malattia o a traumatismo. La salute, infatti, riguarda anche il funzionamento, la capacità di ognuno di vivere pienamente la propria vita e di percepirsi come membro attivo della società di cui fa parte. Tuttavia, per migliorare la salute abbiamo bisogno di strumenti per misurarla e di strumenti per misurare i cambiamenti apportati dai diversi interventi. Qui è dove si inserisce la "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute": l'I.C.F.».

¹⁵³Sulle differenze tra I.C.I.D.H.-1 e I.C.F. si vedano D. IANES, *La diagnosi funzionale secondo l'I.C.F. Il modello O.M.S., le aree e gli strumenti*, Trento, Erickson, 2004; nonché, soprattutto, A. CANEVARO, *Le parole che fanno la differenza*, Trento, Erickson, 2000.

L'I.C.F., invece, riconduce le limitazioni nell'esecuzione di un'attività e le restrizioni nella vita di relazione alle interazioni tra salute, situazioni personali e ambiente circostante.

In questa prospettiva, disabilità ed handicap non sono attributi che distinguono la minoranza delle "persone disabili" dalla maggioranza dalle "persone sane", ma condizioni ontologicamente riferibili al "sistema persona" e/o alla "componente persona", e che, pertanto, possono interessare chiunque.

In buona sostanza, applicando i principi dell'universalità, dell'integrazione e dell'interazione¹⁵⁴, l'I.C.F. si propone di riportare il funzionamento umano alla persona globalmente intesa e alla molteplicità delle sue relazioni¹⁵⁵. Secondo quest'impostazione, una persona menomata che riscontra difficoltà nell'esecuzione di un'attività o nella partecipazione alla vita di relazione non può essere considerata disabile per il solo fatto di non rispecchiare i canoni di "normalità" biologica. Quella stessa persona, infatti, potrebbe esprimere le proprie capacità residue e soddisfare i propri bisogni speciali se visse in un contesto accogliente, in grado di offrire supporti adeguati a livello biologico, psicologico e sociale. L'assenza di quei supporti, invece, obbliga la persona menomata ad adattarsi a situazioni ed ambienti creati per "persone sane" (del resto, società ed ordinamenti giuridici sono pensati per capacità e bisogni standard e tendono a tramutare le menomazioni in fattori di discriminazione e di esclusione)¹⁵⁶.

Una persona non udente, ad esempio, sarebbe indubbiamente discriminata ed esclusa se Stato, formazioni sociali e comunità di riferimento la ritenessero limitata in ragione della sua menomazione auricolare, lasciando che altre persone si sostituiscano ad essa nel compimento delle azioni quotidiane e nella vita di relazione; di converso, sarebbe pienamente

¹⁵⁴Nel "Progetto I.C.F. in Italia" del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali si legge espressamente che «[l]l'I.C.F. riconosce che ogni essere umano può avere un problema di salute e chiarisce il ruolo fondamentale dell'ambiente nel determinare la disabilità. Questo non è qualche cosa che capita solo a una minoranza, ma può capitare a chiunque. L'I.C.F., quindi, è uno strumento di riferimento per il mainstreaming dell'esperienza di disabilità e la riconosce come un'esperienza umana universale [principio dell'universalità]. La classificazione I.C.F. rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione della salute e della disabilità, ed è estremamente importante il fatto che, evidenziando l'importanza di un approccio integrato, per la prima volta, si tiene conto dei fattori ambientali, classificandoli in maniera sistematica. La nuova classificazione prende infatti in considerazione gli aspetti contestuali della persona, e permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come: una condizione di salute in un ambiente sfavorevole [principio dell'integrazione]. Il modello di salute e di disabilità proposto dall'I.C.F. è, infatti, un modello biopsicosociale che coinvolge, quindi, tutti gli ambiti di intervento delle politiche pubbliche e, in particolar modo, le politiche di welfare, la salute, l'educazione e il lavoro. Solo dalla collaborazione intersettoriale e da un approccio integrato è possibile, pertanto, individuare soluzioni che diminuiscano la disabilità di una popolazione [principio dell'interazione]», Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Il progetto I.C.F. in Italia*, in Welfare.gov.

¹⁵⁵M. LEONARDI, *I.C.F.: la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia*, cit., p. 3. Si veda anche J.E. BICKENBACH, S. CHATTERJI, E.M. BADLEY, T.B. ÜSTÜN, *Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps*, in *Social Science and Medicine*, vol. 48, iss. 9, Maggio 1999, pp. 1173-1187.

¹⁵⁶Cfr. M.C. NUSSBAUM, *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 173 ss.; C. SARACENO, *Introduzione. Pensare i bisogni e vedere le relazioni per argomentare la giustizia*, in M.C. NUSSBAUM, *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, trad. it. E. GREBLO (a cura di), Bologna, Il Mulino, 2012, p. 8.

integrata nella collettività se fossero predisposti in suo favore percorsi educativi e professionali che le consentissero di autonomizzarsi nello studio e nel lavoro.

L'I.C.F., quindi, de-patologizza e de-individualizza capacità e bisogni, descrivendoli in relazione a tutte le componenti del benessere della persona (non solo biologiche ma anche fisiche, psicologiche, sociali, economiche, ambientali, spirituali, ecc. ...) e a tutti i sistemi che impattano su di esso (famiglia, società, ordinamento giuridico, cultura, ambiente fisico, ecc. ...).

8. La “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.)

Così come preposta alla sussunzione della persona entro un paradigma biopsicosociale, la “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) assurge contestualmente a modello concettuale, forma di linguaggio e sistema di classificazione.

In qualità di modello concettuale riconduce capacità e bisogni alle componenti della persona e ai sistemi entro cui quest'ultima è inserita; come forma di linguaggio e sistema di classificazione garantisce la standardizzazione del lessico e degli schemi di codifica, agevolando la comunicazione tra i Paesi e tra le varie discipline.

Ad ogni modo, qualunque sia l'utilizzo che se ne faccia la struttura e le modalità di applicazione della classificazione restano invariate. Essa, infatti, presenta struttura immutabilmente gerarchica e determina e quantifica le capacità e i bisogni della persona mettendo in relazione le voci che compongono questa gerarchia¹⁵⁷.

A livello strutturale, l'I.C.F. è divisa in due *parti* interrelate: una denominata “Funzionamento e Disabilità”, l'altra “Fattori Contestuali”.

Ciascuna parte, a propria volta, è divisa in *componenti*: la parte “Funzionamento e Disabilità” annovera le componenti “Funzioni e Strutture Corporee” e “Attività e Partecipazione”, la parte “Fattori Contestuali” le componenti “Fattori Ambientali” e “Fattori Personali”. Ogni componente, invece, è articolata in *domini*: la componente “Funzioni e Strutture Corporee” enuclea i domini “Funzioni Corporee” e “Strutture Corporee”, la componente “Attività e Partecipazione” il dominio “Aree di Vita”, la componente “Fattori Ambientali” il dominio “Influenze Esterne” e la componente “Fattori Personali” il dominio “Influenze interne”.

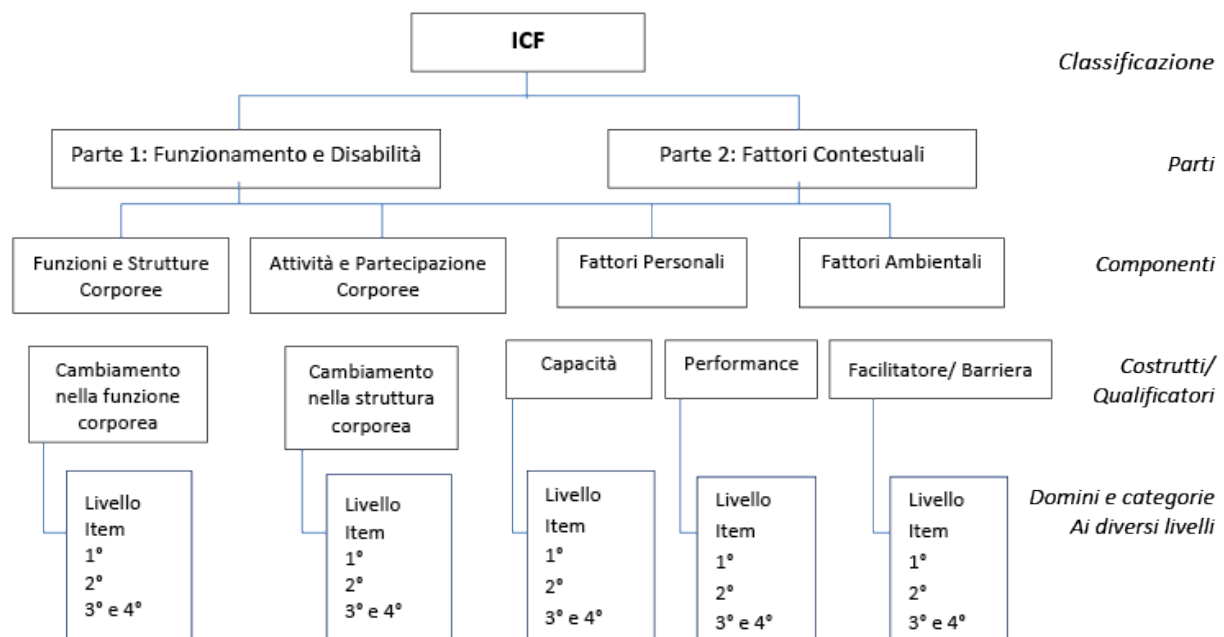
I singoli domini sono articolati in *capitoli*: i domini “Funzioni Corporee”, “Strutture Corporee” e “Aree di Vita” ne contemplanò otto ciascuno, il dominio “Influenze Esterne” ne contempla cinque; il dominio “Influenze interne” ancora nessuno.

¹⁵⁷Le voci della gerarchia (*rectius*, dell'I.C.F.) sono, dal vertice alla base: parti, componenti, domini, capitoli, categorie e sottocategorie.

Ogni dominio, infine, è articolato in *categorie* e *sottocategorie*.

Nel diagramma che segue la rappresentazione visiva della struttura dell'I.C.F.

Figura n. 1: Struttura dell'I.C.F.¹⁵⁸

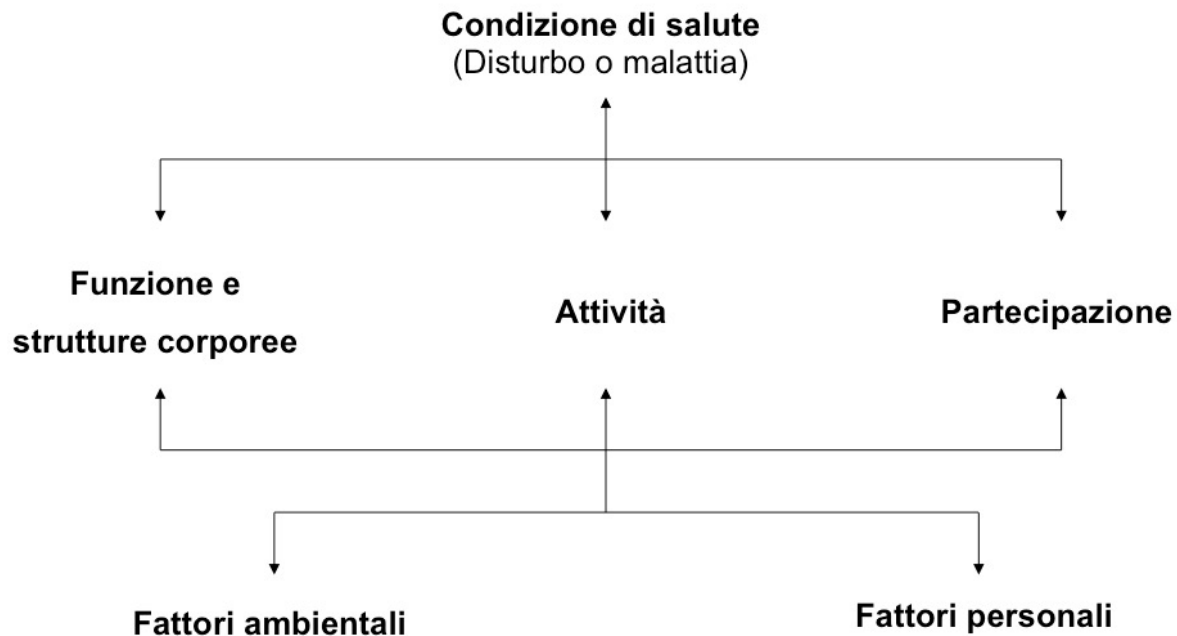


Ebbene, a livello applicativo, le capacità e i bisogni della persona sono determinati e quantificati in riferimento alle componenti “Funzioni e Strutture Corporee” e “Attività e Partecipazione” (nonché ai relativi domini, categorie e sottocategorie) e derivano dal raffronto tra le “Condizioni di Salute” di quella persona e i “Fattori Contestuali”, sia “Ambientali” sia “Personali”.

Di seguito un diagramma utile a comprendere.

¹⁵⁸O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 186.

Figura n. 2: Interazioni tra le componenti dell'I.C.F.¹⁵⁹



A una disamina più approfondita, la locuzione “Condizioni di Salute”, così come tipizzata nell’I.C.F., è espressione del paradigma olistico entro cui l’O.M.S. ha sussunto la salute e, di conseguenza, è comprensiva di tutte le dimensioni che concorrono a definire il benessere della persona (biologica, fisica, psicologica, sociale, economica, ambientale e spirituale). Tali condizioni sono descritte in conformità all’I.C.D., la quale, come si è detto, pone in essere un distinguo tra “*disease*”, “*illness*” e “*sickness*”¹⁶⁰.

La locuzione “Fattori Ambientali”, invece, è riferita al contesto di vita della persona, e dunque a tutti gli aspetti esterni ed estrinseci ad essa. Questi fattori includono l’ambiente fisico e le sue caratteristiche, il mondo creato dall’uomo, il sistema di valori, le tradizioni, la società, il quadro politico, l’ordinamento giuridico, le altre persone, i loro ruoli e la tipologia di relazioni instaurate con esse¹⁶¹.

¹⁵⁹ *Ivi*, p. 36.

¹⁶⁰ L.I.C.D. e l’ICF, pertanto, devono essere utilizzate congiuntamente, *ivi*, pp. 14-15.

¹⁶¹ Il dominio “Influenze esterne”, così come ricompreso all’interno della componente “Fattori Ambientali”, consta di cinque capitoli: 1) Prodotti e tecnologia; 2) ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall’uomo; 3) relazioni e sostegno sociale; 4) atteggiamenti; 5) servizi, sistemi e politiche, *ivi*, p. 48. Ciascuno di detti capitoli, a propria volta, è suddiviso in categorie e sottocategorie, *ivi*, pp. 66-69 nonché pp. 158-176.

I “Fattori Personali”, viceversa, racchiudono tutte le variabili correlate all’essere umano in quanto tale, ossia età, sesso, genere, orientamento sessuale, etnia, classe sociale, ecc. ...¹⁶². In considerazione di quanto rilevato nel corso della presente trattazione, non è errato affermare che le condizioni di salute coincidono con la “persona-sistema” e i fattori contestuali con la “persona componente”.

Passando all’ambito delle componenti, la locuzione “Funzioni Corporee e Strutture Corporee” è utilizzata per indicare le funzioni fisiologiche¹⁶³ e le parti anatomiche¹⁶⁴ del corpo e della mente; d’altro canto, la locuzione “Attività e Partecipazione” riflette le due prospettive del “Funzionamento”: quella individuale, per tale intendendosi l’esecuzione di un compito o di un’azione, e quella sociale, ossia il coinvolgimento nella vita di relazione¹⁶⁵.

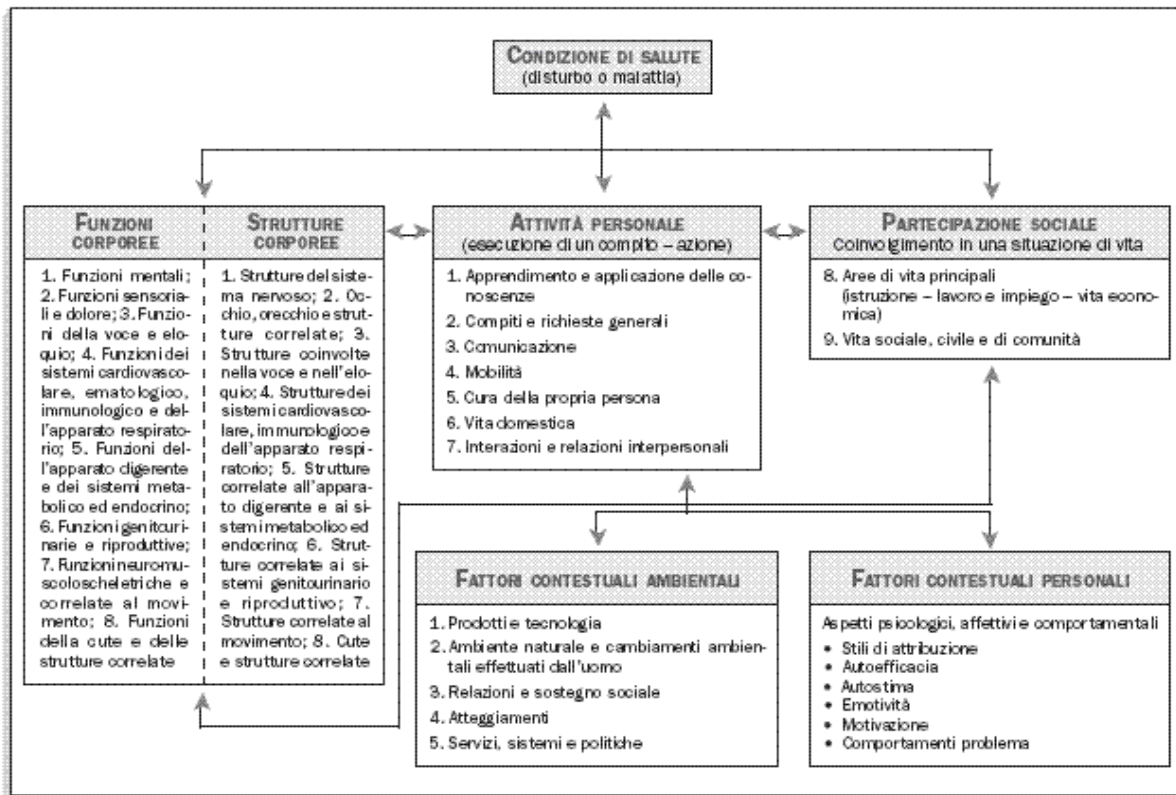
¹⁶²I fattori personali non sono attualmente classificati nell’I.C.F., ma gli utilizzatori possono comunque inserirli in sede di applicazione del paradigma, *ivi*, p. 19 e p. 33. Ad ogni modo, tali fattori esistono e sono indisputabilmente in grado di incidere sulle capacità e sui bisogni della persona. Alcuni di essi sono sistematizzati in altre classificazioni (le variabili socio-culturali, ad esempio, sono catalogate nella “Classificazione Internazionale Standard dell’Istruzione”, I.S.C.E.D.). Altri, invece, necessitano di apposita sistematizzazione formale. Il riferimento, in particolare, è all’età, al sesso, al genere, all’orientamento sessuale e all’etnia. In ipotesi, però, si pone un problema di ordine etico, perché la riconducibilità delle capacità residue e dei bisogni speciali alle citate variabili potrebbe legittimare processi discriminativi, e in particolare potrebbe indurre a credere che la disabilità sia “colpa” della persona. In tema, ampiamente, M. LEONARDI, C.R. SYKES, R.C. MADDEN, H. TEN NAPEL, J. HOLLENWEGER, S. SNYMAN, R.H. MADDEN, O. KRAUS DE CAMARGO, A. RAGGI, C.H. VAN GOOL, A. MARTINUZZI, *Do we really need to open a classification box on personal factors in ICF?*, in *Disability and Rehabilitation*, vol. 38, iss. 13, 12 ottobre 2015, pp. 1327-1328; R.J. SIMEONSSON, D. LOLLAR, E. BJÖRCK-ÅKESSON, M. GRANLUND, S.C. BROWN, Q. ZHUOYING, D. GRAY, Y. PAN, *I.C.F. and I.C.F.-C.Y. lessons learned: Pandora’s box of personal factors*, in *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, iss. 25, 7 marzo 2014, pp. 2187-2194.

¹⁶³Il dominio “Funzioni Corporee”, così come ricompreso all’interno della componente “Funzioni e Strutture Corporee”, consta di otto capitoli: 1) Funzioni mentali; 2) funzioni sensoriali e dolore; 3) funzioni della voce e dell’eloquio; 4) funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell’apparato respiratorio; 5) funzioni dell’apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino; 6) funzioni genitourinarie e riproduttive; 7) funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento; 8) funzioni della cute e delle strutture correlate, O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 47. Ciascuno di detti capitoli, a propria volta, è suddiviso in categorie e sottocategorie, *ivi*, pp. 51-56 nonché pp. 74-109.

¹⁶⁴Il dominio “Strutture Corporee”, così come ricompreso all’interno della componente “Funzioni e Strutture Corporee”, consta di otto capitoli: 1) Strutture del sistema nervoso; 2) occhio, orecchio e strutture correlate; 3) strutture coinvolte nella voce e nell’eloquio; 4) strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell’apparato respiratorio; 5) strutture correlate all’apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino; 6) strutture correlate ai sistemi genitourinario e riproduttivo; 7) strutture correlate al movimento; 8) cute e strutture correlate, *ivi*, p. 47. Ciascuno di detti capitoli, a propria volta, è suddiviso in categorie e sottocategorie, *ivi*, pp. 57-59 nonché pp. 113-120.

¹⁶⁵Il dominio “Aree di Vita”, così come ricompreso all’interno della componente “Attività e Partecipazione”, consta di otto capitoli (ciascuno di essi è approcciabile sia in prospettiva individuale sia sociale): 1) Apprendimento e applicazione delle conoscenze; 2) compiti e richieste generali; 3) comunicazione; 4) mobilità; 5) cura della propria persona; 6) vita domestica; 7) interazioni e relazioni interpersonali; 8) aree di vita principali; 9) vita sociale, civile e di comunità, *ivi*, p. 48. Ciascuno di detti capitoli, a propria volta, è suddiviso in categorie e sottocategorie, *ivi*, pp. 60-65 nonché pp. 123-154.

Figura n. 3: I domini dell'I.C.F.¹⁶⁶



Il raffronto tra “Condizioni di Salute”, “Fattori Ambientali” e “Fattori Personali”, così come posto in essere in riferimento alle componenti “Funzioni e Strutture Corporee” e “Attività e Partecipazione” (nonché ai relativi domini, categorie e sottocategorie), può avere esito positivo o negativo: nel primo caso prende il nome di “Funzionamento” e delinea una situazione di capacità piena e di assenza di bisogni speciali, nel secondo caso prende il nome di “Disabilità” e delinea una situazione di capacità residua e di presenza di bisogni speciali. Più nel dettaglio, il “Funzionamento” si manifesta attraverso la conformità a ciò che, nell’ambito delle sopra citate componenti (nonché dei relativi domini, categorie e sottocategorie), è considerato statisticamente standard: “Integrità delle Funzioni Corporee”,

¹⁶⁶Grafico tratto da A. FIORILLO, *Schema I.C.F.*, in docenti.unimc.it.

“Integrità delle Strutture Corporee”, “Integrità dell’Attività”, “Integrità della Partecipazione”, “Facilitatori Personali”¹⁶⁷, “Facilitatori Ambientali”¹⁶⁸.

Di contro, la “Disabilità” si esprime mediante lo scostamento dagli standard suddetti: “Menomazioni (di Funzioni Corporee e di Strutture Corporee)”¹⁶⁹, “Limitazioni dell’Attività”¹⁷⁰, “Restrizioni della Partecipazione”¹⁷¹, “Barriere Personali”¹⁷² e “Barriere Ambientali”¹⁷³.

¹⁶⁷I “Facilitatori Personali” sono fattori personali in grado di migliorare il funzionamento di una persona e/o di ridurre una disabilità (carattere positivo, attitudine proattiva dinanzi alle sfide e ai problemi che pone la vita, ecc. ...), O.M.S., *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 184.

¹⁶⁸I “Facilitatori Ambientali” sono fattori ambientali in grado di migliorare il funzionamento di una persona e/o di ridurre una disabilità (la disponibilità di una rilevante tecnologia di assistenza, gli atteggiamenti positivi della società verso le persone con disabilità, ecc. ...), *ibidem*.

¹⁶⁹La “Menomazione” è una perdita, un difetto, un’anomalia o un’anormalità di una funzione corporea o di una struttura corporea che determina uno scostamento dagli standard fisiologici o anatomici, *ivi*, p. 182. Le menomazioni possono essere: 1) temporanee o permanenti; 2) progressive, regressive o stabili; 3) intermittenti o continue; 4) lievi o gravi; 5) fluttuanti nel tempo o non fluttuanti nel tempo. Possono essere parte o espressione di una condizione di salute, ma non indicano necessariamente una condizione di “*disease*”, “*illness*” o “*sickness*”. Il concetto di “menomazione”, infatti, differisce da quello di “assenza di benessere” (la perdita di una gamba, ad esempio, non integra una condizione di “*disease*”, ma una menomazione della struttura corporea), *ivi*, pp. 26-27. All’interno dell’I.C.F., le “menomazioni” sono individuabili e contrario dai capitoli e dai sotto-capitoli riferibili ai domini “Funzioni Corporee” e alle “Strutture Corporee”, *ivi*, pp. 51-59 nonché pp. 74-120.

¹⁷⁰Le “Limitazioni dell’Attività” sono le difficoltà riscontrate dalla persona nell’esecuzione di un compito o di un’attività. Esse sono commisurate al modo o alla misura in cui quella data attività è svolta da un uomo medio. Possono essere: 1) qualitative o quantitative; 2) lievi o gravi, *ivi*, p. 182. All’interno dell’I.C.F., le “limitazioni dell’attività” sono individuabili e contrario dai capitoli e dai sotto-capitoli riferibili ai domini “Attività” e alla “Partecipazione”, *ivi*, pp. 60-65 nonché pp. 123-154.

¹⁷¹Le “Restrizioni della Partecipazione” sono i problemi sperimentati dalla persona nel coinvolgimento nella vita di relazione. Esse sono commisurate al modo o alla misura in cui un uomo medio partecipa alla vita di relazione, *ivi*, p. 183. All’interno dell’I.C.F., le “restrizioni della partecipazione” sono individuabili e contrario dai capitoli e dai sotto-capitoli riferibili ai domini “Attività” e alla “Partecipazione”, *ivi*, pp. 60-65 nonché pp. 123-154.

¹⁷²Le “Barriere Personali” sono fattori personali in grado di limitare il funzionamento e/o creare una disabilità (carattere oppositivo, apatia o negatività dinanzi alle sfide e ai problemi che pone la vita, ecc. ...), p. 184.

¹⁷³Le “Barriere Ambientali” sono fattori ambientali in grado di limitare il funzionamento e/o creare una disabilità (la mancanza di una rilevante tecnologia di assistenza, gli atteggiamenti negativi della società verso le persone con disabilità, ecc. ...), *ibidem*.

Figura n. 4: Visione d'insieme dell'I.C.F.¹⁷⁴

VISIONE D'INSIEME DELLE COMPONENTI DELL'ICF

TABELLA 4.1
Visione d'insieme dell'ICF

Componenti	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
	Funzioni e Strutture Corporee	Attività e Partecipazione	Fattori Ambientali	Fattori Personali
Domini	Funzioni corporee Strutture corporee	Aree di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
Costrutti	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità Eseguire compiti in un ambiente standard Performance Eseguire compiti nell'ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
Aspetto positivo	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	non applicabile
Aspetto negativo	Funzionamento		Barriere/ostacoli	non applicabile
	Menomazione	Limitazione dell'attività Restrizione della partecipazione		
	Disabilità			

In altre parole, il funzionamento riflette la situazione in cui la persona:

- dispone delle proprie funzioni e delle proprie strutture corporee (non rileva se in maniera supplementata: si pensi ad una protesi che supplisca all'amputazione di un arto);
- è capace di eseguire attività ritenute alla portata di un uomo medio (non rileva se in maniera supplementata: si pensi alla capacità di muoversi autonomamente attraverso una carrozzina elettrica);
- è in grado di partecipare alla vita di relazione (non rileva se in maniera supplementata: si pensi allo studente non udente che frequenta le lezioni scolastiche grazie all'utilizzo di una protesi acustica);
- vive un contesto socio-ambientale facilitante (perché, ad esempio, lo Stato prevede agevolazioni per l'acquisto di carrozzine elettriche e protesi acustiche);
- vive un contesto personale facilitante (perché, ad esempio, ha un carattere fiducioso e ottimista).

La disabilità, al contrario, riflette la situazione in cui la persona:

- non dispone delle proprie funzioni e delle proprie strutture corporee (si pensi alla perdita delle funzioni neuro-muscoloscheletriche conseguente all'amputazione di un arto inferiore);

¹⁷⁴ Ivi, p. 24.

- è limitata nell'esecuzione di attività ritenute alla portata di un uomo medio (e ciò anche se la limitazione è dovuta all'assenza di supplementi: si pensi all'incapacità di muoversi autonomamente a causa dell'amputazione di un arto inferiore e alla contestuale indisponibilità di una carrozzina elettrica);
- non è in grado di partecipare alla vita di relazione (e ciò anche se la restrizione è dovuta all'assenza di supplementi: si pensi allo studente non udente impossibilitato a frequentare le lezioni scolastiche a causa dell'indisponibilità di una protesi acustica);
- vive un contesto di barriere socio-ambientali (perché, ad esempio, lo Stato non prevede indennità per l'accompagnamento);
- vive un contesto di barriere personali (perché, ad esempio, ha un carattere oppositivo).

Come evincibile dalla ricostruzione che precede, le componenti "Funzioni e Strutture Corporee" e "Attività e Partecipazione" (nonché i relativi domini, categorie e sottocategorie) possono essere espresse o in termini di integrità o in termini di problematicità¹⁷⁵.

Allo stesso modo, le componenti "Fattori Ambientali" e "Fattori Personali" possono manifestarsi o come variabili che facilitano ("Facilitatori") o come variabili che ostacolano il funzionamento ("Barriere").

Ebbene, il discrimine tra integrità e problematicità e tra variabili facilitanti e variabili ostacolanti è valutato tramite *costrutti*, e cioè parametri di misurazione appositamente individuati.

Più nel dettaglio, la componente "Funzioni e Strutture Corporee" è valutata attraverso i costrutti "Cambiamento Fisiologico"¹⁷⁶ e "Cambiamento Anatomico"¹⁷⁷; la componente "Attività e Partecipazione" attraverso i costrutti "Capacità"¹⁷⁸ e "Performance"¹⁷⁹; le componenti "Fattori Ambientali" e "Fattori Personali" tramite i costrutti "Presenza di Facilitatori"¹⁸⁰ e "Presenza di Barriere"¹⁸¹.

Si veda la tabella sotto per comprendere meglio:

¹⁷⁵Parafasando l'I.C.F.: il funzionamento si manifesta attraverso «l'integrità di funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione» e costituisce «l'aspetto positivo dell'interazione tra una persona con una data condizione di salute e i fattori ambientali e personali che incidono sull'esistenza di quella persona»; la disabilità, invece, ne rappresenta «l'aspetto negativo» e si esprime attraverso «menomazioni, limitazioni di attività e restrizioni alla partecipazione», *ivi*, p. 181.

¹⁷⁶Indica qualsiasi modificazione di una funzione corporea.

¹⁷⁷Indica qualsiasi modificazione di una struttura corporea.

¹⁷⁸Indica il più elevato livello di funzionamento che una persona può raggiungere nell'esecuzione di una determinata azione all'interno di un ambiente standard, O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 184.

¹⁷⁹Indica il più elevato livello di funzionamento che una persona può raggiungere nel coinvolgimento nella vita di relazione all'interno di un ambiente non standard, *ibidem*.

¹⁸⁰Indica la presenza di fattori contestuali (personali o ambientali) in grado di migliorare il funzionamento di una persona e/o di ridurre una disabilità, *ibidem*.

¹⁸¹Indica la presenza di fattori contestuali (personali o ambientali) in grado di limitare il funzionamento e/o creare una disabilità, *ibidem*.

Figura n. 5: Visione d'insieme dell'I.C.F.¹⁸²

Visione d'insieme delle componenti dell'ICF

TABELLA 4-1
Visione d'Insieme dell'ICF

Componenti	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
	Funzioni e Strutture Corporee	Attività e Partecipazione	Fattori Ambientali	Fattori Personali
Domini	Funzioni corporee Strutture corporee	Arece di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
Costrutti	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità Eseguire compiti in un ambiente standard Performance Eseguire compiti nell'ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante della caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
Aspetto positivo	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	non applicabile
Aspetto negativo	Menomazione	Limitazione dell'attività Restrizione della partecipazione	Barriere/ostacoli	non applicabile
	Funzionamento			
	Disabilità			

I summenzionati costrutti sono espressi mediante *qualificatori*, ossia indicatori numerici che traducono il livello di integrità/problematicità delle componenti “Funzioni e Strutture Corporee” e “Attività e Partecipazione” e il livello di facilitazione/ostacolo delle componenti “Fattori Ambientali” e “Fattori Personali”¹⁸³. Al costrutto “Cambiamento Fisiologico” è associato un qualificatore che descrive la gravità della “Menomazione di Funzione Corporea”¹⁸⁴; al costrutto “Cambiamento Anatomico” sono associati tre qualificatori: uno che descrive la gravità¹⁸⁵, uno la natura¹⁸⁶ e uno la collocazione¹⁸⁷ della “Menomazione di Struttura Corporea”; al costrutto “Capacità” un qualificatore che descrive il livello di diffi-

¹⁸² *Ivi*, p. 24.

¹⁸³ Ancor più nello specifico, il qualificatore “0” è tradotta come “nessuna menomazione/limitazione/restrizione/facilitazione/barriera” ed è quantificata in una percentuale che oscilla tra lo 0 e il 4%; la qualificazione “1” come “menomazione/limitazione/restrizione/facilitazione/barriera lieve” e oscilla tra il 5 e il 24%; la qualificazione “2” come “menomazione/limitazione/restrizione/facilitazione/barriera media” e oscilla tra il 25 e il 49%; la qualificazione “3” come “menomazione/limitazione/restrizione/facilitazione/barriera grave” e oscilla tra il 50 e il 95%; la qualificazione “4” come “menomazione/limitazione/restrizione/facilitazione/barriera completa e oscilla tra il 96 e il 100%; la qualificazione “8” come “menomazione/limitazione/restrizione/facilitazione/barriera non specificata”; la qualificazione “9” come “qualificatore non applicabile”, *ivi*, p. 40.

¹⁸⁴ 0 = nessuna menomazione di funzione; 1 = lieve menomazione di funzione; 2 = media menomazione di funzione; 3 = grave menomazione di funzione; 4 = completa menomazione di funzione; 8 = menomazione di funzione non specificata; 9 = qualificatore non applicabile alle funzioni, *ivi*, p. 74.

¹⁸⁵ 0 = nessuna menomazione di struttura; 1 = lieve menomazione di struttura; 2 = media menomazione di struttura; 3 = grave menomazione di struttura; 4 = completa menomazione di struttura; 8 = menomazione di struttura non specificata; 9 = qualificatore non applicabile alle strutture, *ivi*, p. 111.

¹⁸⁶ 0 = nessun cambiamento nella struttura; 1 = assenza totale della struttura; 2 = assenza parziale della struttura; 3 = parte in eccesso della struttura; 4 = dimensioni anormali della struttura; 5 = discontinuità nella struttura; 6 = posizione deviante della struttura; 7 = cambiamenti qualitativi nella struttura (incluso l'accumulo di fluidi); 8 = cambiamento nella struttura non specificato; 9 = qualificatore non applicabile alle strutture, *ivi*, p. 112.

¹⁸⁷ 0 = più di una regione corporea; 1 = parte destra del corpo; 2 = parte sinistra del corpo; 3 = entrambi i lati del corpo; 4 = parte frontale del corpo; 5 = parte dorsale del corpo; 6 = parte prossimale del corpo; 7 = parte distale del corpo; 8 = collocazione del cambiamento di struttura non specificato; 9 = qualificatore non applicabile alle strutture, *ivi* pp. 112-113.

coltà nell'eseguire un'azione¹⁸⁸; al costrutto "Performance" un qualificatore che descrive il livello di difficoltà nel partecipare alla vita di relazione¹⁸⁹; ai costrutti "Facilitatori" e "Barriere" un qualificatore che descrive il livello di agevolazione o di ostacolo di una variabile ambientale o personale¹⁹⁰.

Di seguito una tabella utile a comprendere.

Figura n. 6: Qualificatori dell'I.C.F.¹⁹¹

Funzioni Corporee	PRIMO Qualificatore	<i>Gravità della menomazione</i>
Strutture Corporee	PRIMO Qualificatore	<i>Gravità della menomazione</i>
	SECONDO Qualificatore	<i>Natura della menomazione</i>
	TERZO Qualificatore	<i>Localizzazione della menomazione</i>
Attività e Partecipazione	PRIMO Qualificatore	<i>Performance (Gravità)</i>
	SECONDO Qualificatore	<i>Capacità (Gravità)</i>
Fattori Ambientali	PRIMO Qualificatore	<i>Barriera o Facilitatore (Gravità)</i>

L'interazione tra "Condizioni di Salute" e "Fattori Contestuali", così come valutata attraverso costrutti e qualificatori, assume aspetto positivo o negativo a seconda dell'indicatore numerico attribuito al parametro di misurazione della componente esaminata ("Funzioni e Strutture Corporee" o "Attività e Partecipazione"). Ne consegue che la stessa persona potrebbe essere "disabile" rispetto ad una componente e "funzionante" rispetto ad un'altra. O che due persone con la stessa condizione di salute potrebbero avere diversi livelli di funzionamento. Oppure ancora che due persone con lo stesso livello di funzionamento potrebbero non avere la stessa condizione di salute.

¹⁸⁸0 = nessuna difficoltà nell'eseguire un'azione in un ambiente standard (in assenza, cioè, di ausili); 1 = lieve difficoltà nell'eseguire un'azione in un ambiente standard; 2 = media difficoltà nell'eseguire un'azione in un ambiente standard; 3 = grave difficoltà nell'eseguire un'azione in un ambiente standard; 4 = completa difficoltà nell'eseguire un'azione in un ambiente standard; 8 = difficoltà non specificata; 9 = qualificatore non applicabile alle capacità, *ivi*, p. 122.

¹⁸⁹0 = nessuna difficoltà nel partecipare alla vita di relazione; 1 = lieve difficoltà nel partecipare alla vita di relazione; 2 = media difficoltà nel partecipare alla vita di relazione; 3 = grave difficoltà nel partecipare alla vita di relazione; 4 = completa difficoltà nel partecipare alla vita di relazione; 8 = difficoltà non specificata; 9 = qualificatore non applicabile alle performance, *ibidem*.

¹⁹⁰0 = nessuna facilitazione/barriera; 1 = facilitazione/barriera lieve; 2 = facilitazione/barriera media; 3 = facilitazione/barriera grave; 4 = facilitazione/barriera completa; 8 = facilitazione/barriera non specificata; 9 = qualificatore non applicabile a facilitazione/barriera, *ivi*, pp. 156-157.

¹⁹¹ Grafico tratto da M.C. CARRUBA, *Proviamoci insieme. Il caso di Diletta*, p. 9.

Così come strutturata e applicata, l'I.C.F. garantisce una rappresentazione scientificamente validata in ordine all'incidenza che le componenti della persona e i sistemi in cui essa è inserita esercitano sui percorsi di emancipazione e sui processi di inclusione, configurandosi quale strumento necessario per la valorizzazione delle capacità e il soddisfacimento dei bisogni funzionali a tale scopo.

9. Esempi applicativi della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.)

Al fine di agevolare la comprensione di quanto rilevato nel precedente paragrafo può essere utile simulare le modalità di utilizzazione della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.).

A riguardo è indifferibile ribadire che l'eziologia, il decorso e le conseguenze delle “Condizioni di Salute” sono descritte in conformità ai paradigmi, ai linguaggi e ai codici della “Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati” (I.C.D.)¹⁹².

Così come descritte, le “Condizioni di Salute” sono poste in relazione ai “Fattori Contestuali” e concorrono, per ciascuna componente dell'I.C.F., alla determinazione del “Funzionamento” e della “Disabilità” della persona.

In fase di applicazione, il “Funzionamento” e la “Disabilità” sono cifrati mediante un apposito sistema alfanumerico.

All'interno di questo sistema, ciascuna lettera indica una specifica componente o uno specifico dominio: la lettera “b” il dominio “Funzioni Corporee” (“*body*”), la lettera “s” il dominio “Strutture Corporee” (“*structure*”), la lettera “a” il dominio “Attività” (“*activity*”), la lettera “p” la componente “Partecipazione” (“*participation*”) e la lettera “e” la componente “Fattori Ambientali” (“*environment*”). Sovente i domini “Attività” e “Partecipazione” sono qualificati congiuntamente attraverso la componente “Attività e Partecipazione”, codificata con la lettera “d” (“*domain*”).

Le lettere, a propria volta, sono seguite da una sequenza numerica che traduce le sub-articolazioni dei domini: la prima cifra indica il capitolo, la seconda e la terza la categoria, la quarta la sottocategoria.

Detta sequenza è interrotta da un *punto separatore* (“.”), il quale dà inizio alla descrizione dei costrutti/qualificatori, anch'essi rappresentati a mezzo di sequenza numerica. Si precisa

¹⁹²Tale diagnosi, da riferirsi agli ultimi trenta giorni, è riportata in un'apposita scheda (la cosiddetta “*check-list*”), all'interno della quale sono inseriti i dati anagrafici della persona e il codice I.C.D. relativo alle “Condizioni di Salute” della stessa (nel caso di specie, quello dell'emiparesi).

che nel caso del costrutto “Facilitatori” il punto separatore (“.”) è sostituito dal *segno più* (“+”).

All’esito di tale premessa, è possibile simulare la codificazione del “Funzionamento” e della “Disabilità” di una persona affetta da emiparesi dell’arto superiore destro (per tale intendendosi la paralisi di un braccio).

Ad essere esaminato in principio è il dominio “Funzioni Corporee”.

Nella specie, l’emiparesi è descritta con il codice “b7302”, dove la lettera “b” identifica il dominio “Funzioni Corporee”, la cifra “7” il capitolo “Funzioni Corporee Neuro-muscolo-scheletriche e Relative al Movimento”, le cifre “3” e “0” la categoria “Funzioni Muscolari”, la cifra “2” la sottocategoria “Forza dei Muscoli di un Lato del Corpo”¹⁹³.

Le funzioni corporee connesse all’emiparesi, così come codificate, sono integrate da un qualificatore che indica il grado di menomazione delle stesse: il codice “b7302.0”, ad esempio, certifica l’assenza di menomazione; il codice “b7302.4”, invece, attesta l’esistenza di una menomazione completa¹⁹⁴.

Il dominio “Strutture Corporee” di una persona affetta da emiparesi dell’arto superiore destro è descritto con il codice “s7300”, dove la lettera “s” identifica il dominio “Strutture Corporee”, la cifra “7” il capitolo “Strutture Relative al Movimento”, le cifre “3” e “0” il dominio “Strutture dell’Estremità Superiore”, la cifra “0” la categoria “Struttura del Braccio”¹⁹⁵. La qualificazione delle strutture è attuata mediante tre qualificatori: il primo indica la gravità della menomazione, il secondo la natura del cambiamento strutturale arrecato dalla menomazione, il terzo la collocazione corporea di quel cambiamento.

Per cui, alla luce dell’esposta premessa, una menomazione da emiparesi che determina un grave cambiamento nella struttura del braccio destro è espressa dal codice “s7300.371”, dove il primo qualificatore traduce la gravità della menomazione¹⁹⁶, il secondo l’entità della menomazione¹⁹⁷ e il terzo la sede corporea del cambiamento¹⁹⁸.

Quanto alla componente “Attività e Partecipazione”, il codice utilizzato per rappresentare una persona affetta da emiparesi del braccio destro è “d4453”, dove la lettera “d” sta per “Attività e Partecipazione”, la cifra “4” per il capitolo “Mobilità”, le cifre “4” e “5” per la categoria “Utilizzo della Mano e del Braccio”, la cifra “3” la sottocategoria “Ruotare o Torcere le Mani o le Braccia”¹⁹⁹.

¹⁹³ O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., pp. 55-56.

¹⁹⁴ Il qualificatore “0” equivale a “nessun problema di funzione” e il qualificatore “4” a “problema completo di funzione”.

¹⁹⁵ O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 59.

¹⁹⁶ Il qualificatore “3” equivale a “problema grave di struttura”.

¹⁹⁷ Il qualificatore “7” equivale a “cambiamenti qualitativi nella struttura”.

¹⁹⁸ Il qualificatore “1” equivale a “parte destra del corpo”.

¹⁹⁹ O.M.S., *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 62.

La componente in indagine è identificata attraverso due qualificatori: quello relativo al costrutto “Performance”, che occupa la prima posizione dopo il punto, e quello afferente al costrutto “Capacità”, che occupa invece la seconda posizione.

Stanti siffatte premesse, il codice “d4453.23” rivela che la persona affetta da emiparesi del braccio destro incontra difficoltà media all’interno del contesto sociale di riferimento (si pensi alla possibilità di essere assunta soltanto per lo svolgimento di lavori che non implicano l’utilizzo dell’arto) e gravi difficoltà nel compimento di azioni standard (si pensi all’impossibilità di afferrare o trasportare oggetti).

La classificazione simulata del funzionamento e della disabilità di una persona affetta da emiparesi del braccio destro è completata dalla codificazione della componente “Fattori Ambientali”²⁰⁰.

Nella specie, il codice di riferimento è “e355”, dove la lettera “e” indica la componente “Fattori Ambientali”, la cifra “3” il capitolo “Relazioni e Sostegno Sociale”, le cifre “5” e “5” la categoria “Operatori Sanitari”²⁰¹.

I qualificatori utilizzati, invece, sono due: quello relativo al costrutto “Barriere” e quello afferente al costrutto “Facilitatori”. Ne consegue che il qualificatore “4”, così come associato al codice “e355”, attesta la presenza di una barriera completa se preceduto dal *punto separatore* (“.”) e di una facilitazione completa se preceduto dal *segno più* (“+”). Nel caso di specie, il discrimine tra facilitazione e barriera potrebbe ad esempio risiedere nella ricomprensione delle prestazioni fisiochinesiterapiche all’interno dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sanitaria.

Come intuibile dalla simulazione in discorso, funzionamento e disabilità costituiscono il riflesso di una combinazione multiprospettica, variabile a seconda di fattori corporei, personali e socio-ambientali. Non è escluso, pertanto, che due persone affette dalla medesima patologia presentino capacità e bisogni differenti. Funzionamento e disabilità, d’altronde, costituiscono la risultante di tutte le dimensioni della persona e l’I.C.F., facendo proprio un approccio biopsicosociale, è in grado di darne riscontro empirico. La classificazione, infatti, certifica che la persona è funzione di ciascuna delle componenti sopra citate. Ben si comprende, allora, perché le capacità e i bisogni di due persone emiparetiche non siano necessariamente coincidenti. A generare differenze, invero, potrebbero fungibilmente essere il dominio “Funzioni Corporee” (qualora, ad esempio, le funzioni muscolari dell’una avessero subito una menomazione più lieve di quelle dell’altra), il dominio “Strutture Corporee” (laddove, per ipotesi, la struttura muscolare di una delle due fosse menomata solo temporaneamente), la componente “Attività e Partecipazione” (nell’eventualità in cui una di esse fosse in grado di lavorare nonostante l’impossibilità di ruotare il braccio) e la

²⁰⁰ Detta componente può essere codificata autonomamente, in relazione alle altre componenti o in riferimento ai costrutti “Capacità” e “Performance”, O.M.S., ICF. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 40.

²⁰¹ *Ivi*, p. 67.

componente “Fattori Ambientali” (se ad una, per avventura, non fossero riconosciute prestazioni socio-sanitarie gratuite).

10. L’attuazione della Costituzione attraverso il recepimento normativo della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.)

L’impostazione di metodo e di merito sottesa alla “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) è la risultante del vaglio di certezza, oggettività e non falsificabilità di una pluralità di scienze²⁰². Così come concepita e applicata, è in grado di fotografare la persona nella sua interezza, assumendo un ruolo indefettibile nell’ottica di una presa in carico globale. Consente, infatti, di tracciare un quadro non standardizzato in ordine agli stati di benessere complessivo, ponendosi quale presupposto per la predisposizione di percorsi emancipativi e di processi inclusivi tarati sulle specificità del singolo. Costituisce, in particolare, la premessa di un piano di sviluppo multidimensionale, che tiene conto dell’interazione tra condizioni di salute, fattori personali e fattori ambientali. Questo piano canalizza la valorizzazione delle capacità e il soddisfacimento dei bisogni entro direttrici di intervento scientificamente validate, atte a prevenire, compensare o neutralizzare, dal punto di vista sanitario, socio-sanitario e sociale, menomazioni, limitazioni e restrizioni. Come spiegato, invero, l’*assessment* operabile attraverso la classificazione è servente non solo all’individuazione di trattamenti farmacologici, chirurgici e riabilitativi, ma anche alla strutturazione di servizi socio-sanitari e di assistenza sociale.

Allo stato, dunque, l’I.C.F. è l’unico strumento in grado di dare risposte effettive alle variegate esigenze di quel mondo complesso che è la disabilità, e pertanto a garantire sviluppo e partecipazione a coloro che, per ragioni biologiche, psicologiche o sociali, non dispongono appieno delle proprie capacità e presentano bisogni evolutivi speciali. Ragion per cui l’attuazione del programma costituzionale non può prescindere dal suo recepimento normativo.

A confermarlo, seppur implicitamente, è la Corte costituzionale²⁰³: *«le persone con disabilità non costituiscono un gruppo omogeneo. Vi sono, infatti, forme diverse di disabilità:*

²⁰²Sia formali (statistica e linguistica), sia empiriche (fisica, chimica, sociologia, antropologia, psicologia, pedagogia, scienze dell’educazione e scienze della formazione), sia applicate (medicina e farmacia), L. CHIAPPETTA CAJOLA, A.L. RIZZO, M. TRAVERSETTI, *La ricerca empirica in campo educativo speciale nella prospettiva dell’EBE. L’impianto teorico e metodologico fornito dall’ICF-CY*, in L. GHIROTTI (a cura di), *Formare alla Ricerca Empirica in Educazione. Atti del Convegno Nazionale del Gruppo di Lavoro SIPED – Teorie e Metodi della Ricerca in Educazione*, Bologna, Università di Bologna, 2017, pp. 230-238.

²⁰³Sent. Corte cost. n. 80/2010. Riflessioni del medesimo tenore emergono anche in: 1) sent. Corte cost. n. 83/2019, con note di C. COLAPIETRO, *I diritti delle persone con disabilità nella giurisprudenza della Corte costituzionale: il “nuovo”*

alcune hanno carattere lieve, altre grave. Per ognuna di esse, pertanto, è necessario individuare meccanismi di rimozione degli ostacoli che tengano conto della tipologia di disabilità da cui la persona risulta essere in concreto affetta. Ne consegue che ciascuna persona con disabilità deve essere coinvolta in un processo di emancipazione specifico, finalizzato ad un completo inserimento nella società»²⁰⁴.

Essendo espressione dei valori, dei principi e dei diritti sanciti agli artt. 2 e 3 della Costituzione, la strutturazione di paradigmi emancipativo-inclusivi modulati sulle peculiarità del singolo costituisce un limite invalicabile per legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni²⁰⁵. Questo limite ha le forme della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.), la quale, offrendo una rappresentazione scientificamente validata del funzionamento umano, dà modo di pianificare lo sviluppo e la partecipazione della persona in conformità alle capacità e ai bisogni specificamente derivanti da menomazioni, limitazioni e restrizioni, nella consapevolezza che la pari dignità sociale e i suoi corollari non vengono meno a causa dell’assenza di funzionamento²⁰⁶.

diritto alla socializzazione, in Diritti fondamentali, 2020, n. 2, in particolare pp. 162 ss.; A. COSSIRI, Un capitolo di spesa costituzionalmente obbligatorio: i servizi per l’integrazione scolastica dei disabili, in Forum di Quaderni Costituzionali, 2020, n. 1, pp. 319 ss.; E. VIVALDI, Il diritto all’istruzione delle persone con disabilità: continuità dei finanziamenti e tutela del nucleo essenziale del diritto, in Forum di Quaderni Costituzionali, 23 settembre 2019, pp. 1 ss.; 2) sent. Corte cost. n. 275/2016, con note di A. APOSTOLI, I diritti fondamentali “visti” da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a “caldo” della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016, in Forum di Quaderni Costituzionali, 2017, n. 1, pp. 1 ss.; R. CABAZZI, Diritti incompressibili degli studenti con disabilità ed equilibrio di bilancio nella finanza locale secondo la sentenza della Corte costituzionale n. 275/2016, in Le Regioni, 2017, n. 3, pp. 593 ss.; L. CARLASSARE, Bilancio e diritti fondamentali: i limiti “invalicabili” alla discrezionalità del legislatore, in Giurisprudenza costituzionale, 2016, n. 6, pp. 2339 ss.; E. FURNO, Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all’istruzione dei disabili, in Consulta online, 2017, n. 1, pp. 105 ss.; A. LONGO, Una concezione del bilancio costituzionalmente orientata: prime riflessioni sulla sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016, in Federalismi, 2017, n. 10, pp. 2 ss.; A. LUCARELLI, Il diritto all’istruzione del disabile: oltre i dritti finanziariamente condizionati. Nota a Corte Cost. n. 275 del 2016, in Giurisprudenza costituzionale, 2016, n. 6, pp. 2343 ss.; L. MADAU, “È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”. Nota a Corte cost. n. 275/2016, in Osservatorio costituzionale, 2017, n. 1, pp. 1 ss.; F. MASCI, L’inclusione scolastica dei disabili: inclusione sociale di persone, in Costituzionalismo, 2017, n. 2, pp. 153 ss.; 3) e sent. Corte cost n. 251/2008, per la quale si richiama G. ARCONZO, I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali, cit., p. 223.

²⁰⁴Sent. Corte cost. n. 80/2010, *Cons. in dir.*, par. 3.

²⁰⁵Lo spiegano dettagliatamente C. COLAPIETRO, F. GIRELLI, *Persone con disabilità e Costituzione*, cit., pp. 21-22.

²⁰⁶La pari dignità sociale, che è intrinseca all’esistenza, è connaturata alla specie umana, la quale, in ragione di un infungibile portato di razionalità, autonomia e responsabilità, e a prescindere da un’effettiva esercitabilità delle stesse, non è a priori comparabile con identità di altra natura. Una tale aprioristica non comparabilità, che è il precipitato della consustanzialità tra pari dignità sociale e specie umana, si manifesta attraverso la titolarità dei diritti, i quali afferiscono ad ogni uomo in virtù della sola esistenza in vita, e dunque in considerazione di un fatto parimenti biologico e morale. D’altronde, se si affermasse che la pari dignità sociale non è connaturata alla specie umana, si finirebbe per legittimarne la conferibilità, e quindi per subordinarne l’accesso o la permanenza al possesso di requisiti biologici, psicologici e sociali. Il che comporterebbe, per altro versante, un’indebita equiparazione tra mancato accesso alla dignità e negazione di diritti. La consustanzialità tra dignità e specie umana, invece, fa sì che i diritti siano aprioristicamente inviolabili, e pertanto riconosciuti e garantiti in ragione di un infungibile portato di razionalità, autonomia e responsabilità, esercitabile (anche solo potenzialmente – si pensi, per l’appunto, ai minori e alle persone con disabilità) in quello specifico frangente spazio-temporale che è la vita umana. Difatti, nella prospettiva dei Padri e delle Madri costituenti, la persona è tale nella storicità della propria esistenza e nella materialità dei propri rapporti, ossia in relazione alle capacità e ai bisogni sviluppati in seno ad una società pluralista. In siffatta impostazione risiede l’essenza stessa della Costituzione

La persona, quindi, è presupposto e fine del programma costituzionale *a prescindere* da quelle che sono le sue condizioni di vita²⁰⁷ (d'altronde, menomazioni, limitazioni e restrizioni sono eventuali, transeunti e relative; ragione e corpo, invece, sono immanenti all'esistere)²⁰⁸. Se ne deduce che oggetto dei paradigmi emancipativo-inclusivi prefigurati dal Costituente non è la disabilità, ma la persona nella complessità della sua esistenza, in relazione alla quale la disabilità è soltanto un evento circoscritto, certamente non totalizzante.

Fondamento della realizzazione umana, dunque, non è il livello di funzionamento o di disabilità, ma il semplice fatto di essere persone. Il livello di funzionamento o di disabilità, invece, è il parametro da utilizzare per garantire che quella realizzazione sia tarata su capacità e su bisogni effettivi, individuati, per ciascuna persona, con riferimento a tutte le dimensioni dell'esistenza. Per cui, nel porsi quale strumento di misurazione dei livelli di funzionamento e di disabilità, e in particolare nell'avvalersi di un paradigma olistico-biopsicosociale, la "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (I.C.F.) assicura una rappresentazione realistica delle abilità e delle esigenze del singolo, consentendo alle persone condizionate da menomazioni, limitazioni e restrizioni di raggiungere coefficienti di sviluppo e di partecipazione che si addicono all'uomo per il solo fatto di essere uomo.

Così come orientato alla valorizzazione di capacità residue e al soddisfacimento di bisogni speciali, il paradigma emancipativo-inclusivo sotteso all'I.C.F. assurge a nucleo costituzionalmente indefettibile: per un verso perché garantisce alla persona con disabilità il godimento libero ed eguale di ogni dimensione dell'esistenza (salvaguardando, così, la "persona-sistema"), per altro verso perché obbliga ordinamento e società a rimuovere gli ostacoli che impediscono l'esercizio di quella libertà e di quell'eguaglianza (tutelando, pertanto, la "persona-componente")²⁰⁹. In particolare, essendo preposta all'accertamento del funzionamento umano, e fotografandone *an, quantum e quomodo* con riguardo ad

italiana, la quale, nell'ergere a premessa la complementarietà tra pari dignità sociale e specie umana, assume la persona in termini di valore assoluto, ponendola al centro di un ordinamento fondato su diritti inviolabili e doveri inderogabili. La titolarità di dette posizioni, che è paritaria e indifferenziata perché costitutiva della stessa umanità, si erge a presupposto di uno sviluppo libero, eguale e multidimensionale, basato sulle peculiarità del singolo. In tal senso, N. OCCHIOCUPO, *Una intesa lungimirante: la centralità della persona*, cit., p. 32; P. GROSSI, *La Costituzione italiana quale espressione di una società plurale*, cit., p. 21.

²⁰⁷ La "teoria del malgrado" è stata introdotta dal filosofo Adriano Pessina. Si veda, in proposito, A. PESSINA, *Paradoxa. Etica della condizione umana*, Milano, Vita e Pensiero, 2010. Ne parla anche M. LEONARDI, *Vivere malgrado l'imperfezione: i bisogni e le cure*, cit., pp. 17-19. Nel medesimo senso anche C. LEVORATO, *Aspetti giuridici della dignità umana nell'orizzonte della disabilità*, in *Consulta online*, 2019, n. 3, soprattutto pp. 665 ss.

²⁰⁸ «[I]a "persona vulnerabile" è species del genus "persona": il suo sviluppo risiede nella tutela della libertà e s'informa a quella pari dignità che rende eguali per il solo fatto di essere uomini. Non può pertanto negarsi che la Costituzione affondi le proprie radici nell'immanente diritto a essere persone, che si traduce, in presenza d'indigenza, nel simmetrico diritto a essere vulnerabili», F. MASCI, *L'inclusione scolastica dei disabili: inclusione sociale di persone*, cit., pp. 134-135.

²⁰⁹ Cfr. U. ALLEGRETTI, *Essenza e futuro della Costituzione repubblicana*, in AA.VV., *Le forme della razionalità tra realismo e normatività*, Milano, Mimesis, 2009, p. 6; la riflessione di Allegretti è ripresa e ampliata da A. APOSTOLI, *La dignità sociale come orizzonte della uguaglianza nell'ordinamento costituzionale*, cit., p. 7.

ogni ambito della vita, la classificazione dell'O.M.S. assume un ruolo dirimente in ordine alla rappresentazione dello svantaggio di fatto, e dunque della differente situazione di partenza, in cui si trovano le persone con disabilità. Il che, a propria volta, è funzionale all'individuazione di strumenti che assicurino loro un concreto ripristino della parità di *chance* o di opportunità²¹⁰. In altre parole, così come preposta all'identificazione e alla descrizione delle capacità e dei bisogni che la persona sviluppa in relazione alle varie dimensioni dell'esistenza, l'I.C.F. assurge a premessa scientificamente validata di percorsi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscano un'emancipazione e un'inclusione in linea con le specificità del singolo, e cioè in grado di garantire piena attuazione ai valori e ai principi su cui poggia l'architettura costituzionale.

Non v'è dubbio, tra l'altro, che i Padri e le Madri costituenti siano stati gli antesignani dell'approccio biopsicosociale alla disabilità²¹¹. Difatti, pur servendosi di modelli concettuali, forme di linguaggio e sistemi di classificazione differenti da quelli attuali, non hanno mai circoscritto la genesi del funzionamento ai fattori biologici, sottolineando, al contrario, l'incidenza delle variabili psicologiche e sociali nei processi di formazione di menomazioni, limitazioni e restrizioni. A ben vedere, infatti, essi hanno atteggiato in termini di proporzionalità diretta il rapporto tra solidarietà sociale e sviluppo personale, ponendo l'accento sul ruolo giocato dallo Stato e dagli altri consociati nell'*iter* evolutivo delle persone con disabilità²¹².

Vengono alla mente, in proposito, le parole dell'onorevole Medi, nelle quali può dirsi racchiuso lo statuto giuridico, avanguardisticamente biopsicosociale, di quelli che al tempo erano definiti "mutilati", "invalidi", "minorati" e "inabili": *«di fronte al cittadino che deve provvedere alla propria vita, ma che in un certo momento può trovarsi nella impossibilità di provvedervi per circostanze che non dipendono dalla sua specifica volontà (quindi non colpevole) per ragioni di lavoro, o per ragioni di natura, o per ragioni di disposizioni, per disgrazia, per età, per malattia [...], la nostra preoccupazione non si deve esaurire al semplice fatto di vivo o non vivo. Abbiamo il dovere altissimo di rimettere l'uomo nella sua dignità di uomo, altrimenti che società andiamo costruendo? [...]. Noi ci troviamo di fronte, quindi, alla società impegnata come tale, impegnata in tutti gli individui, in ogni persona, in ogni essere umano, impegnata in un'assistenza che parte dal basso; ogni cittadino – ripeto – ha questa responsabilità come uomo [...]. Anche lo Stato organizzerà la sua opera fondamentale di assistenza e previdenza; e dall'altro lato verrà incontro a tutte*

²¹⁰Cfr. A. LORENZETTI, *Dis-eguaglianza e disabilità*, cit., pp. 176-179.

²¹¹Si vedano, in particolare, le riflessioni degli onorevoli Togni (seduta dell'11 settembre 1946), Valenti (seduta del 29 aprile 1947), Rodinò di Miglione (seduta del 10 maggio 1947) e Medi (seduta del 6 maggio 1947), come già suggerito in F. MASCI, *La tutela costituzionale della persona disabile*, cit., p. 166 (anche nota 148). Il tema è stato ampiamente e doviziosamente sviluppato da G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, cit., pp. 146 ss. nonché di recente da C. SAGONE, *La tutela della disabilità secondo il modello bio-psico-sociale*, in *Federalismi*, 2023, n. 1, pp. 234 ss.

²¹²G. ROEHRSEN, *Gli handicappati nella Costituzione*, in *Rassegna amministrativa della sanità*, 1978, p. 10.

quelle iniziative sane, corrette, oneste che cercano di raccogliere dalle mani di chi più ha quel bene in eccesso, quel superest che sia dato a coloro che ne abbiano meno»²¹³.

Il discorso dell'onorevole Medi segue una precedente riflessione dell'onorevole Valenti, che per primo si era interrogato sulle modalità di valorizzazione delle capacità residue e di soddisfacimento dei bisogni speciali: *«il testo costituzionale, a proposito del lavoro in relazione alla scuola, pone e considera due soli soggetti aventi diritto alla educazione ed alla assistenza: ossia l'uomo pienamente capace e l'uomo assolutamente incapace [...]; l'uomo, cioè, che ha una piena capacità di lavorare e quello che non ne ha nessuna. Ma in mezzo a queste due categorie ve ne è una terza, e cioè quella degli inabili, inabili dalla nascita, inabili per causa o di lavoro o di guerra, la categoria di coloro che non posseggono intiere ed intatte le proprie capacità lavorative. [...]. La scuola, con i sistemi pedagogico-scientifici più aggiornati, può fare miracoli e può recuperare al lavoro, qualche volta in toto, comunque e sempre in larghissima misura, gli inabili. E se è possibile, si deve fare in maniera che lo Stato assuma la educazione e la rieducazione professionale di questi cittadini inabili. [...]. Occorre che l'inabile possa recuperare ed utilizzare le proprie capacità lavorative e, recuperate che le abbia, occorre garantirgli [...] la possibilità di collocamento»²¹⁴.*

Tra l'altro, a margine della riflessione dell'onorevole Valenti, i deputati dell'Assemblea costituente si erano espressamente chiesti quali fossero i costi economici generati da un ordinamento che escludesse *a priori* l'emancipabilità di “mutilati”, “invalidi”, “minorati” e “inabili”. Illuminanti, a riguardo, le considerazioni dell'onorevole Rodinò di Miglione: *«il decidere se lo Stato debba assumersi o meno l'obbligo e il compito di provvedere alla rieducazione professionale e all'istruzione e all'avviamento di tutti i cittadini minorati e inabili che risultino non abbienti e rieducabili, provvedendo altresì alla loro utilizzazione in posti idonei alle loro capacità di lavoro, non è soltanto un problema sociale, un problema di solidarietà e di fratellanza umana, ma è anche un problema economico. È infatti evidente il vantaggio economico dello Stato di trasformare, attraverso cure sanitarie, forniture di apparecchi di protesi e speciali corsi di istruzione e rieducazione, in energie produttive una parte di quei pesi morti di cui l'articolo 34 intende senz'altro assumersi l'onere; recuperando, così, nell'interesse della società, tanti sventurati ad una funzione attiva e proficua e ad una forma di vita più consona e più soddisfacente alla loro dignità e al loro legittimo desiderio di sentirsi ancora utili e producenti»²¹⁵.*

In siffatto contesto, quindi, la previsione di strumenti in grado di valorizzare le capacità residue e di soddisfare i bisogni speciali non si limita a riflettere una certa idea di persona o

²¹³ Assemblea costituente, *Seduta pomeridiana di martedì 6 maggio 1947. Intervento dell'on. Medi*, in Assemblea costituente, *Atti*, pp. 3632-3634, consultabile sul sito della Camera dei deputati.

²¹⁴ Assemblea costituente, *Seduta di martedì 29 aprile 1947. Intervento dell'on. Valenti*, in Assemblea costituente, *Atti*, pp. 3391-3393, consultabile sul sito della Camera dei deputati.

²¹⁵ Assemblea costituente, *Seduta pomeridiana di sabato 10 maggio 1947. Intervento dell'on. Rodinò di Miglione*, in Assemblea costituente, *Atti*, p. 3832, consultabile sul sito della Camera dei deputati.

di società, ma è indice di una specifica forma di governo, e in particolare di una Repubblica che persegua, attraverso ogni sua componente, l'emancipazione materiale e spirituale, corporea e mentale di ogni persona. Una Repubblica, dunque, che non chieda all'uomo di essere altro da quello che è o di dover essere altro da ciò che deve essere.

11. Gli eccessi di potere legislativo derivanti dall'utilizzo di procedure di accertamento scientificamente non validate

Pur rivestendo un ruolo costituzionalmente indefettibile ai fini dello sviluppo e della partecipazione delle persone con disabilità, la “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) è stata tardivamente recepita dall'ordinamento giuridico italiano, il quale, più in generale, sconta una certa approssimazione nell'approcciarsi alla disabilità in termini biopsicosociali. Il legislatore nazionale, infatti, ha a lungo normativizzato paradigmi scientifici e formulazioni linguistiche non contemplati dalla vigente classificazione dell'O.M.S., espungendo dal reticolato delle tutele le disabilità causalmente riconducibili all'ambiente fisico o alla società²¹⁶.

Il decreto legislativo n. 62/2024²¹⁷, entrato in vigore lo scorso mese, e recante l'espresso recepimento della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.), sembra porre rimedio, almeno nominalmente, alle descritte violazioni costituzionali²¹⁸.

Tuttavia, il contesto entro cui interviene risente dei danni provocati da oltre vent'anni di incomunicabilità tra diritto, scienza e linguaggio.

²¹⁶F. MASCI, *P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del “disability divide”*, cit., pp. 98-100.

²¹⁷Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”.

²¹⁸«A decorrere dal 1° gennaio 2025 nella valutazione di base è utilizzata la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute – International Classification of Functioning, Disability and Health (I.C.F.), approvata dalla 54ª Assemblea Mondiale della Sanità il 22 maggio 2001, come modificata dagli aggiornamenti adottati dalla medesima Assemblea prima della data di entrata in vigore del presente decreto, nelle versioni linguistiche internazionalmente riconosciute secondo le modalità stabilite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'I.C.F. è applicata congiuntamente alla versione adottata in Italia della Classificazione Internazionale delle Malattie (I.C.D.) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica» (art. 11, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024).

Invero, sino all'avvento del decreto legislativo in esame, la legge n. 118/1971²¹⁹ e il decreto legislativo n. 509/1988²²⁰ demandavano²²¹ le modalità di accertamento dell'“invalidità civile”²²² al decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992²²³, il quale attribuiva²²⁴ percentuali d'invalidità ai soli stati codificati nella “Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap” (I.C.I.D.H.)²²⁵, dismessa dall'O.M.S. nel 2001.

²¹⁹ Legge 30 marzo 1971, n. 118, recante “Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili”.

²²⁰ Decreto-legislativo 23 novembre 1988, n. 509, recante “Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'art. 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291”.

²²¹ «Il Ministro della Sanità, [...], approva, con proprio decreto, la nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti, [...], sulla base della Classificazione Internazionale delle Menomazioni (I.C.I.D.H.-1) elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. [...]» (art. 2, c. 1, del d.lgs. n. 509/1988).

²²² «Agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età» (art. 2, c. 2, della legge n. 118/1971); «1. Le minorazioni congenite od acquisite, di cui all'art. 2, c. 2, della legge n. 118/1971, comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente. 2. Ai fini della valutazione della riduzione della capacità lavorativa, le infermità devono essere accertate da apposite indagini cliniche, strumentali e di laboratorio, allo scopo di determinare la entità delle conseguenze e delle complicanze anatomico-funzionali permanenti ed invalidanti in atto» (art. 1, c. 1 e 2, del d.lgs. n. 509/1988).

²²³ Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992, recante “Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti”.

²²⁴ L'attribuzione delle percentuali d'invalidità civile compete alle Commissioni di cui all'art. 1 della legge n. 295/1990. Tali Commissioni operano presso le Aziende U.S.L. e sono composte da un medico specialista in medicina legale, che assume le funzioni di presidente, e da altri due medici, uno dei quali prioritariamente scelto tra gli specialisti in medicina del lavoro (tutti e tre, ad ogni modo, sono di regola individuati tra i medici dipendenti o convenzionati dell'Azienda U.S.L. territorialmente competente). Alle sedute delle Commissioni partecipa un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione Nazionale dei Mutilati ed Invalidi Civili (A.N.M.I.C.), dell'Unione Italiana Ciechi (U.I.C.), dell'Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza ai Sordomuti (E.N.S.) e dell'Associazione Nazionale di Famiglie e Persone con disabilità intellettive e disturbi del neuro-sviluppo (A.N.F.F.A.S.), ogniquale volta le Commissioni devono pronunciarsi su invalidi CIVILI appartenenti alle rispettive categorie. In sede di accertamento sanitario, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia. Nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano, invece, le Commissioni sono monocratiche (l'accertamento, dunque, è effettuato da un unico medico), approfondimenti ulteriori sul sito specializzato handyflex.org.

²²⁵ «a) Tabella di correlazione dei numeri di codice con quelli della Classificazione Internazionale delle Menomazioni dell'O.M.S.» (parte IV, lett. a, del decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992); «b) Elenco delle menomazioni sulla base della Classificazione Internazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La classificazione dell'O.M.S., pubblicata nel 1980 con il titolo di “International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease” concerne le conseguenze della malattia, rappresentate dal complesso della menomazione, disabilità ed handicap o svantaggio esistenziale tra loro in interrelazione funzionale (malattia → menomazione → disabilità → handicap)» (parte IV, lett. b, del decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992).

Allo stesso modo, la circolare I.N.P.S. n. 167/1984²²⁶, esplicativa della legge n. 222/1984²²⁷, chiariva che il riconoscimento dell'“invalidità previdenziale”²²⁸ e dell'“inabilità”²²⁹ era subordinato ad un accertamento esclusivamente sanitario, che non richiedeva l'intervento di psicologi, psicoterapeuti e assistenti sociali²³⁰. Tale accertamento era atto a verificare la sussistenza dei requisiti medico-legali enucleati dal “modello SS3”, un certificato unico compilato in conformità ai paradigmi scientifici e alle formulazioni linguistiche della “Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati” (I.C.D.)²³¹ – la quale, come visto in precedenza, definisce gli stati di assenza di benessere e nulla stabilisce in ordine al funzionamento e alla disabilità della persona.

Anche la legge n. 104/1992²³², al pari delle precedenti, ometteva qualsiasi riferimento alla “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.). Difatti, pur se l'art. 4, c. 1, della legge n. 104/1992 disponeva che l'accertamento²³³ dell'“handicap”²³⁴ soggiacesse a valutazioni sia mediche sia psicologiche sia sociali (come d'altronde ribadito dalle circolari del Ministero della Sanità 30 ottobre 1993²³⁵ e 16 aprile

²²⁶ Circolare I.N.P.S. 19 luglio 1984, n. 167, recante “Legge 12 giugno 1984, n. 222. Revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile. Prime istruzioni”.

²²⁷ Legge 12 giugno 1984 n. 222, recante “Revisione della disciplina della invalidità pensionabile”.

²²⁸ «Si considera invalido, ai fini del conseguimento del diritto ad assegno nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti ed autonomi gestita dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo» (art. 1, c. 1, della legge n. 222/1984).

²²⁹ «Si considera inabile, ai fini del conseguimento del diritto a pensione nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti ed autonomi gestita dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, l'assicurato o il titolare di assegno di invalidità con decorrenza successiva alla data di entrata in vigore della presente legge il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa» (art. 2, c. 1, della legge n. 222/1984)

²³⁰ «Il 1° luglio 1984 è entrata in vigore la legge 12 giugno 1984, n. 222 [...]. L'innovazione più significativa del provvedimento riguarda il concetto di invalidità pensionabile, per il quale viene fatto riferimento non più alla capacità di guadagno, ma a quella di lavoro, che in sede di accertamento medico-legale garantisce una maggiore oggettivazione del giudizio».

²³¹ Si veda, in proposito, la circolare I.N.P.S. 2 luglio 2012, n. 91, recante “Certificato medico introduttivo per istanza di invalidità previdenziale (SS3). Rilascio nuova funzionalità di invio on-line”.

²³² Legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.

²³³ Così come per l'“invalidità civile”, anche l'“handicap” è accertato dalle Commissioni di cui all'art. 1 della legge n. 295/1990.

²³⁴ «È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione» (art. 3, c. 1, della legge n. 104/1992).

²³⁵ «Le commissioni mediche costituiscono il momento di approccio globale a livello di valutazione medico-sociale della personalità e delle esigenze del soggetto portatore di handicap, e quindi lo strumento idoneo a consentire la realizzazione di un'assistenza integrata completa, nell'ottica più ampia del reinserimento sociale», circolare del Ministero della Sanità 30 ottobre 1993, testualmente richiamata da M. BOTTAZZI, *Legge 104: la riflessione della consulenza medico-legale dell'INCA-CGIL*, in *Quaderni di Medicina Legale del Lavoro*, 2009, nn. 1-2, p. 44.

1994²³⁶), la circolare del Ministero della Sanità 16 maggio 1996 specificava che le anzidette valutazioni dovevano essere condotte sulla base della “Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap” (I.C.I.D.H.)²³⁷.

Le osservazioni suesposte valgono, altresì, per la legge n. 68/1999²³⁸, che rimetteva²³⁹ al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 13 gennaio 2000²⁴⁰ la definizione delle modalità di accertamento delle condizioni di disabilità che davano diritto di accedere al collocamento mirato. Siffatto accertamento era eseguito secondo le indicazioni contenute nel decreto stesso²⁴¹, e pertanto prescindendo dalle classificazioni dell’O.M.S.

A ben vedere, neppure la “Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità” (C.R.P.D.), ratificata dall’Italia con la legge n. 18/2009²⁴², recepisce espressamente la “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.). Infatti, pur facendo proprio un linguaggio biopsicosociale²⁴³ e pur vincolando lo

²³⁶ L’attività delle Commissioni preposte all’accertamento dell’handicap «non si esaurisce in un giudizio di natura medico-legale e non consiste solo in un accertamento medico delle condizioni fisiche o psichiche del soggetto, ma deve altresì accertare, nei suoi vari ambiti, l’handicap che la minorazione produce, ossia la natura e l’entità dello svantaggio sociale e gli interventi necessari alla sua eliminazione», ivi, p. 45.

²³⁷ La circolare in disamina fa specifico riferimento sia allo strumento di analisi multiassiale introdotto dall’O.M.S. nel 1980, sia all’I.C.D.H., sia al decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992.

²³⁸ Legge 12 marzo 1999, n. 68, recante “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”.

²³⁹ «L’accertamento delle condizioni di disabilità di cui al presente articolo, che danno diritto di accedere al sistema per l’inserimento lavorativo dei disabili, [...], secondo i criteri indicati nell’atto di indirizzo e coordinamento emanato dal Presidente del Consiglio dei ministri entro centoventi giorni dalla data di cui all’articolo 23, comma 1. Con il medesimo atto vengono stabiliti i criteri e le modalità per l’effettuazione delle visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante» (art. 1, c. 4, della legge n. 68/1999).

²⁴⁰ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 13 gennaio 2000, recante 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”.

²⁴¹ «1. La diagnosi funzionale è la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale della persona disabile. 2. La diagnosi funzionale si basa sui dati anamnestico-clinici, sugli elementi di cui al precedente art. 4 [notizie utili per individuare la posizione della persona disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro], nonché sulla valutazione della documentazione medica preesistente. 3. L’accertamento è eseguito secondo le indicazioni contenute nella scheda per la definizione delle capacità di cui all’allegato 1, utilizzando le definizioni medico-scientifiche, contenute nell’allegato 2. 4. L’accertamento delle condizioni di disabilità comporta la definizione collegiale della capacità globale attuale e potenziale della persona disabile e l’indicazione delle conseguenze derivanti dalle minorazioni, in relazione all’apprendimento, alla vita di relazione e all’integrazione lavorativa» (art. 5, cc. 1-4, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 13 gennaio 2000).

²⁴² In conformità a quanto disposto dall’art. 117, c. 1, Cost., la potestà legislativa dello Stato e delle Regioni è vincolata agli obblighi internazionali di natura pattizia. Pertanto, così come ratificata dallo Stato italiano, la C.R.P.D. assurge al rango di obbligo internazionale. Si veda, a riguardo, G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, cit., pp. 47 ss. e pp. 62 ss. Tra l’altro, in quanto obbligo internazionale di natura pattizia, la Convenzione è evocabile come parametro interposto nei giudizi di legittimità costituzionale delle leggi e degli atti aventi forza di legge (*ex multis*, sent. Corte cost. n. 258/2017; sent. Corte cost. n. 2/2016; sent. Corte cost. 285/2009), P. ADDIS, *Disabilità e giuramento per l’acquisizione della cittadinanza (osservazioni a Corte cost., sent. 258/2017)*, in *Consulta online*, 2018, n. 2, pp. 435 ss.

²⁴³ «Per “persone con disabilità” si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali, le quali, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione di quelle persone all’interno della società, su una base di uguaglianza con gli altri» (art. 1, c. 2, C.R.P.D.). Tale previsione, tra l’altro, è esplicativa di quanto anticipato nel Preambolo, ove si legge che «la disabilità è il risultato dell’interazione tra le persone con menomazioni e le barriere comportamentali ed ambientali che impediscono a quelle persone la piena ed effettiva partecipazione alla società su una base di uguaglianza con gli altri» (Preambolo, lett. e).

Stato italiano a conformarsi al modello biopsicosociale di disabilità²⁴⁴, manca di riferimenti espliciti alla vigente classificazione dell'O.M.S.

Il tardivo recepimento della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) reca un *vulnus* ordinamentale non indifferente, dal momento che le condizioni suindicate, così come normativamente poste, sottendono un'errata qualificazione del fatto scientifico disabilità, e dunque un eccesso di potere legislativo²⁴⁵ che compromette il programma di tutela predisposto dai Costituenti²⁴⁶. Difatti, la trasposizione giuridica delle procedure di accertamento e delle definizioni contenute nell'I.C.F. non costituisce una questione meramente nominalistica, ma risponde all'indifferibile esigenza di sussumere le condizioni di vita di una persona entro paradigmi di tutela basati sull'evidenza scientifica e sull'adeguatezza linguistica, in grado di prevenire, ridurre e superare le discriminazioni correlate alle peculiarità biologiche, psicologiche e sociali del singolo. Sinora, pertanto, la normativa italiana sulla disabilità non è stata in linea con i progressi scientifico-linguistici registrati in materia. Avvalersi della “Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati” (I.C.D.) per accertare uno stato di “invalidità previdenziale” o di “inabilità” equivale a sovrapporre i concetti di “malattia”²⁴⁷ e di “disabilità”, i quali, come visto sopra, attengono a due ambiti assolutamente differenti: il primo a quello del benessere, il secondo a quello del funzionamento. Allo stesso modo, ricorrere alla “Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap” (I.C.I.D.H.) per descrivere “invalidità civile” ed “handicap” significa ridurre la disabilità a conseguenza di una malattia, in conformità ad un'impostazione ormai superata dal 2001. L'I.C.I.D.H., tra l'altro, prende in esame le sole disabilità che derivano da menomazioni, omettendo di considerare quelle correlate a fattori personali e socio-ambientali (come spiegato, infatti, tale classificazione è fondata sulla sequenza unidirezionale/monocausale “assenza di salute → menomazione → disabilità → handicap”).

²⁴⁴ «Gli Stati Parti si impegnano a garantire e promuovere la piena realizzazione di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali per tutte le persone con disabilità senza discriminazioni di alcun tipo sulla base della disabilità [...]» (art. 4, c. 1, C.R.P.D.). A tal fine, gli Stati Parti si impegnano, ad esempio: ad adottare tutte le misure legislative, amministrative e di altra natura necessarie ad attuare i diritti riconosciuti nella Convenzione; a modificare o ad abrogare qualsiasi legge, regolamento, consuetudine e pratica che costituisca una discriminazione nei confronti delle persone con disabilità; a tener conto della protezione e della promozione dei diritti umani delle persone con disabilità in tutte le politiche e in tutti i programmi; ad intraprendere o promuovere la ricerca e lo sviluppo di beni, servizi, apparecchiature e attrezzature progettati universalmente, che richiedano il minimo adattamento possibile ed il costo più contenuto possibile.

²⁴⁵ F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, cit., pp. 25-26; D. SERVETTI, *Riserva di scienza e tutela della salute. L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislative e giurisdizionali*, cit., p. 80; A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, cit., p. 145; M. TALLACCHINI, *Scienza, politica e diritto: il linguaggio della co-produzione*, cit., pp. 75 ss.; A. CELOTTO, F. MODUGNO, *La giustizia costituzionale*, cit., pp. 706-707; G. ZAGREBELSKY, V. MARCENÒ, *Giustizia costituzionale*, cit., pp. 233-234; A. CERRI, *Corso di giustizia costituzionale*, cit., p. 137.

²⁴⁶ In proposito sia consentito rinviare a F. MASCI, *P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del “disability divide”*, cit., pp. 102-108.

²⁴⁷ O meglio, di “disease”, “illness” e “sickness”.

È di tutta evidenza che i meccanismi di salvaguardia approntati dal legislatore nazionale prima dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 62/2024 prescindono da riferimenti scientifici. In materia di disabilità, quindi, normatività giuridica e normatività scientifica non coincidono. O, perlomeno, non hanno sinora conciso. Il che, a ben vedere, costituisce una palese violazione della pari dignità sociale sancita in Costituzione. Difatti, estromettendo dal circuito delle tutele le menomazioni, le limitazioni e le restrizioni non catalogate nell'I.C.I.D.H. e nell'I.C.D., l'ordinamento ha finito per distinguere persone meritevoli di protezione – e cioè persone senza disabilità o persone le cui disabilità erano definite in conformità all'I.C.I.D.H. e all'I.C.D. – e persone non meritevoli di protezione – ossia persone le cui disabilità non erano categorizzate nell'I.C.I.D.H. e nell'I.C.D. Una tale disparità è ovviamente intollerabile, dal momento che la valorizzazione delle capacità e il soddisfacimento dei bisogni delle persone con disabilità, e di conseguenza lo sviluppo e la partecipazione di queste ultime, sono subordinati alla sussistenza di requisiti scientificamente non validati.

12. I pregiudizi e le discriminazioni derivanti dall'utilizzo di linguaggi scientificamente non validati

L'utilizzo di paradigmi scientifici estranei alla “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.), che si è affermato quale costante della legislazione italiana, comporta indiscutibili ripercussioni extra-giuridiche²⁴⁸. Difatti, gli eccessi di potere legislativo descritti nel precedente paragrafo – che giocoforza si estendono a sentenze, normazioni secondarie e atti amministrativi – finiscono per coartare ogni ambito della lingua parlata, veicolando pregiudizi, stereotipi e luoghi comuni che distorcono il significato stesso della “disabilità”²⁴⁹.

²⁴⁸S. SORESI, S. SANTILLI, M.C. GINEVRA, L. NOTA, *Le parole della disabilità e dell'inclusione*, in S. SORESI (a cura di) *Psicologia delle disabilità e dell'inclusione*, Bologna, Il Mulino, 2016, cap. XX (disponibile anche online su *Università inclusiva*, pp. 1 ss.); F. FALOPPA, *Meglio handicappato o portatore di handicap? Disabile o persona con disabilità? Diversamente abile o diversabile?*, in *accademiadellacrusca.it*, 3 aprile 2013; A. PATETE, *La lunga marcia delle parole. Intervista a Tullio De Mauro*, in *Superabile Magazine*, 2012, n. 2, pp. 16-17.

²⁴⁹Ricca di spunti è la recente riflessione condivisa di Giuseppe Arconzo e di Stefania Leone, G. ARCONZO, S. LEONE, *Disabilità e lessico giuridico. Il mutamento di prospettiva nell'ordinamento italiano*, in M. BRAMBILLA, M. D'AMICO, V. CRESTANI, C. NARDOCCI (a cura di), *Genere, disabilità, linguaggio. Progetti e prospettive a Milano*, Milano, Franco Angeli, 2021, pp. 157 ss. In tema si vedano anche G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, cit., soprattutto pp. 133 ss.; F. MASCI, *La tutela costituzionale della persona disabile*, in *Federalismi*, 2020, n. 1, in particolare pp. 160 ss.; S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 2, p. 28; L. BUSATTA, *L'universo delle disabilità: per una definizione unitaria di un diritto diseguale*, cit.; A. LORENZETTI, *Dis-eguaglianza e disabilità*, cit., p. 173; C. HANAU, (*voce*) *Handicap*, cit., p. 68.

Ad esempio, il conferimento di carattere normativo a lemmi come “inabile”²⁵⁰, “minorato”²⁵¹, “infermo”²⁵², “invalido”²⁵³ e “handicappato”²⁵⁴ favorisce la tendenza a ridurre la persona a una parte di sé, acuendo negli altri il convincimento di un deficit emancipativo di fondo e dunque legittimando atteggiamenti pietistico-paternalistici o di repulsione e di scherno. In egual maniera, la giuridicizzazione di locuzioni quali “portatore di handicap”²⁵⁵, “diversamente abile”²⁵⁶ e “affetto da minorazione”²⁵⁷ sembra presupporre il fatto che la disabilità risieda esclusivamente nella persona e che quest’ultima, in ragione del proprio handicap, delle proprie diverse abilità e della propria minorazione, sia da ritenere *in re ipsa* sofferente, malata, svantaggiata ed oppressa.

Con particolare riguardo alla locuzione “portatore di handicap”, poi, è indifferibile rilevare che “si può portare” soltanto qualcosa di cui ci si può liberare volontariamente. “Si portano” vestiti, scarpe e profumi perché gli stessi possono essere acquistati, indossati e cambiati a seconda delle esigenze, dei gusti e delle mode; viceversa, chi ha perso le dita di una mano a causa dell’esplosione di un fuoco d’artificio non può liberarsi dell’impossibilità di scrivere. Il termine “handicap”, tra l’altro, è mutuato dal gergo sportivo, dov’è utilizzato con un’accezione tutt’altro che negativa: sta ad indicare, infatti, l’aggravio di peso o di tempo che si impone al concorrente manifestamente superiore per garantire *chance* di vittoria anche agli altri partecipanti alla gara²⁵⁸. È stata proprio la “Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap” (I.C.I.D.H.), e con essa la legge n. 104/1992, a rovesciarne il significato, trasformandola nella parola che descrive lo svantaggio sociale derivante da menomazioni motorie, sensoriali, intellettive, ecc. ...²⁵⁹.

²⁵⁰ Art. 38, c. 3, Cost. (inabile); art. 2, c. 1, della legge n. 222/1984 (inabile).

²⁵¹ Art. 38, c. 3, Cost. (minorato).

²⁵² Art. 415 c.c. (infermo).

²⁵³ Art. 2, c. 2, della legge n. 118/1971 (invalido civile); art. 1, c. 1, della legge n. 222/1984 (invalido previdenziale).

²⁵⁴ Art. 3, c. 1, della legge n. 104/1992 (handicappato).

²⁵⁵ Art. 42, c. 7, della legge n. 104/1992 (portatore di handicap).

²⁵⁶ Art. 50, c. 1, lett. b) e d), del decreto-legge n. 50/2012 (diversamente abile).

²⁵⁷ Art. 1, c. 1, lett. c), della legge n. 104/1992 (affetto da minorazione).

²⁵⁸ Il termine “handicap” trae origine dall’espressione “mano nel cappello” (“*band in cap*”), che in lingua inglese designa un gioco d’azzardo sviluppatosi nel 1600 e consistente nell’introdurre la mano (“*band*”) all’interno di un berretto (“*cap*”) al fine di estrarre la moneta di maggior valore. A partire dal 1800 il termine è stato esteso all’ippica ed è passato ad indicare lo svantaggio di tempo o di peso imposto al cavallo più veloce. In ambito ippico, quindi, funzione dell’handicap è quella di penalizzare il cavallo migliore, in modo da garantire pari opportunità di vittoria ai cavalli meno dotati. Tuttavia, con l’avvento dell’I.C.I.D.H.-1 la parola ha visto nuovamente mutare il proprio significato: oggi, infatti, il verbo “to handicap”, dal quale derivano le italianizzazioni “handicappare” e “handicappato”, descrive la condizione di difficoltà o di emarginazione dovuta ad un deficit fisico o psichico. Sovente, però, si finisce per confondere l’handicap con il deficit, sebbene i due – come intuibile – siano concetti estremamente differenti. A differenza del deficit, infatti, l’handicap non è proprio della persona, ma del contesto di riferimento. Per approfondire, REDATTORE SOCIALE (a cura di), *Handicappato, in Parlare civile. Comunicare senza discriminare*.

²⁵⁹ Senza considerare, in ogni caso, che il concetto di “handicap”, così come teorizzato nella previgente ICIDH-1, ha perso qualsiasi scientificità in considerazione dell’entrata in vigore dell’I.C.F., O.M.S., *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 183; ma anche F. MAsCI, *P.N.R.R., delega al Governo*

Parimenti inadeguata è la locuzione “diversamente abile”, poiché postula l’esistenza di standard cui conformarsi per non essere reputati “diversi”. Per i medesimi motivi è da rifuggire qualsiasi contrapposizione tra “normalità” (o “normodotazione”) e “disabilità”²⁶⁰, non costituendo quest’ultima una divaricazione da una norma elevata a parametro di riferimento²⁶¹.

Inoltre, dal momento che la disabilità designa un’assenza di funzionamento dovuta all’interazione tra variabili biologiche, psicologiche e sociali, deve ritenersi senz’altro sconvolgente il ricorso alla locuzione “affetto da minorazione”, la quale sottende un’ingiustificata equiparazione tra gli stati di *disease*, *illness* o *sickness* (*rectius*, di assenza di benessere) e le condizioni di menomazione, limitazione o restrizione (*rectius*, di assenza di funzionamento).

Altresì inappropriato è l’utilizzo sinonimico delle espressioni “disabile”, “persona disabile” e “persona con disabilità”, che costituisce la cifra distintiva della legge n. 68/1999²⁶². Di regola, il lemma “disabile” è annoverato nella categoria degli aggettivi; tuttavia, esso può essere utilizzato anche in funzione di sostantivo. Con specifico riferimento alla legge in disamina, la sostantivazione dell’aggettivo “disabile” consegue espressamente alla caducazione del sostantivo “persona” e comporta l’identificazione di quest’ultima con la propria disabilità. Del resto, pur se meno stigmatizzante di “inabile”, “minorato”, “infermo”, “invalido” e “handicappato”, il lemma “disabile” è comunque caratterizzato dal prefisso peggiorativo “dis”, il quale, connotando il termine in negativo, tende implicitamente a sminuire la condizione della persona con disabilità (“dis” + “abile” = “non abile”)²⁶³. Al contrario, la locuzione “persona con disabilità” si compone di due sostantivi autonomi (“persona” e “disabilità”), la cui interazione, esplicitata da un’apposita preposizione (“con”), attesta la non derivabilità della disabilità dalla persona, la non riducibilità di quest’ultima alla propria disabilità e il carattere transeunte ed eventuale di qualsiasi disabilità. Per cui, se il *focus* è la persona, le sue menomazioni, limitazioni e restrizioni devono essere necessariamente

in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del “disability divide”, cit., pp. 99-100; IDEM, La tutela costituzionale della persona disabile, cit., p. 149 (in particolare nota n. 71).

²⁶⁰ Art. 23, c. 5, della legge n. 118/1971; art. 29, cc. 1 e 2, della legge n. 118/1971; art. 17, c. 3, della legge n. 104/1992.

²⁶¹ Si veda F. BOMPRESZI, *Caro Saviano, sei diversamente bravo*, in *InVisibili. Blog del Corriere della Sera*, 2 ottobre 2012.

²⁶² Invero, l’art. 1, c. 1., dispone che «[l]a presente legge ha come finalità la promozione dell’inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato»; l’art. 2, c. 1, invece, spiega che «[p]er 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». Una tale sinonimia si rinviene nell’intero testo legislativo (agli artt. 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16 e 17 si parla di “disabili”, agli artt. 8 e 12-*bis* di “persone disabili”; agli artt. 4, 7, 9 e 13 di “persone con disabilità”).

²⁶³ R. MANCINI, *Le parole sono importanti!*, in *Web Accessibile. Risorsa italiana sull’accessibilità*, 7 giugno 2008.

poste in posizione predicativa, quali meri attributi. E ciò, ovviamente, nell'intento di evitare confusione tra la parte (la disabilità) e il tutto (la persona).

Particolare attenzione, poi, deve essere rivolta all'espressione "sedia a rotelle" (o "carrozzina"). Sovente, infatti, legislatori, giudici e pubbliche amministrazioni ne fanno un utilizzo che lede la dignità delle persone con disabilità.

Si tengano a mente, in proposito, le seguenti frasi:

- 1) "la persona con disabilità è *costretta* sulla sedia a rotelle";
- 2) "la persona con disabilità *si muove* sulla sedia a rotelle".

Come evidente, le frasi anzidette descrivono la medesima situazione. Nel primo caso, però, il riferimento alla costrizione evoca obbligatorietà nell'impiego dell'ausilio e finisce per estendere il portato della disabilità dall'ambito deambulatorio all'intera esistenza dell'individuo, attribuendo a quest'ultimo un ruolo essenzialmente passivo; nel secondo, invece, l'esplicito richiamo alle facoltà di movimento, oltre a circoscrivere la disabilità ad uno specifico ambito di vita, evidenzia la permanenza, in capo alla persona, di ogni genere di capacità (anche deambulatorie)²⁶⁴.

Probabilmente in virtù della capacità di innovare l'ordinamento, il linguaggio giuridico è solito avere un'incidenza notevole sugli altri registri linguistici, e di conseguenza sulla comunicazione pubblica, politica e giornalistica. Se ne deduce che gli operatori del diritto sono chiamati ad adottare una terminologia scientificamente validata non solo al fine di ridurre le discriminazioni nei confronti delle persone con disabilità, ma anche allo scopo di contrastare l'abuso di termini che istituzioni e *mass media* utilizzano troppo spesso in maniera non corretta, diffondendo messaggi errati all'interno della società. Le parole, d'altronde, *«possono essere muri o ponti. Possono creare distanza o aiutare la comprensione dei problemi. Le stesse parole, usate in contesti diversi, possono essere appropriate, confondere o addirittura offendere. Le persone con disabilità possono chiamarsi tra loro "handicappati" [...]; quando si comunica, però, occorre precisione, bisogna avere consapevolezza del significato, del peso delle parole. Non è facile, perché il tempo è sempre poco, perché viviamo nella nostra cultura, perché il senso e la percezione delle parole si evolvono continuamente. Non è facile, ma è necessario per "parlare civile"»*²⁶⁵.

Ciò significa anche, d'altro canto, che il linguaggio giuridico non deve essere modificato al solo intento di compiacere le persone con disabilità. Invero, l'adozione di termini e locuzioni politicamente corretti implica un paradosso di fondo: l'essere consapevoli della scorrettezza²⁶⁶. Del resto, evitare di descrivere la disabilità per quello che è provoca l'ef-

²⁶⁴ REDATTORE SOCIALE (a cura di), *Disabilità. Carrozzina [costretto su una sedia a rotelle]*, in *Parlare civile. Comunicare senza discriminare*.

²⁶⁵ S. TRASATTI, *Introduzione*, in REDATTORE SOCIALE (a cura di), *Parlare civile. Comunicare senza discriminare*, Milano, Mondadori, 2013, pp. 7-8.

²⁶⁶ Cfr. M. ARCANGELI, *La lingua imbrigliata: a margine del politicamente corretto (01)*, in *Italianistica Online*, 30 novembre 2004.

fetto contrario di enfatizzarla. Difatti, per quanto si edulcori la rappresentazione di menomazioni, limitazioni e restrizioni, il loro impatto sulla vita della persona resta comunque evidente. Nell'ambito della disabilità, quindi, l'utilizzo di eufemismi ha il solo effetto di acuire l'assenza di funzionamento²⁶⁷. Il non detto, d'altronde, è un dato di fatto affermato per negazione e, in quanto tale, è immediato almeno quanto l'esplicito²⁶⁸. Il problema delle persone con disabilità, allora, non è l'edulcorazione del linguaggio, ma la riproduzione fedele della realtà, perché soltanto una raffigurazione veritiera e oggettiva delle cose consente di avere effettiva contezza di ciò di cui si necessita a fini emancipativi. Proporre ad una persona in sedia a rotelle di andare a fare una passeggiata è assolutamente accettabile, così com'è assolutamente accettabile dire ad una persona muta "parliamo più tardi". Quelle appena richiamate, infatti, sono espressioni del linguaggio corrente e la loro censura produce un'inutile evidenziazione di menomazioni fisiche.

Viceversa, si può discriminare una persona pur essendo politicamente corretti. Si pensi all'utilizzo delle locuzioni "non udente" e "non vedente" in luogo dei termini "sordo" e "cieco"²⁶⁹. Le locuzioni in disamina, pur non essendo contemplate all'interno della "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (I.C.F.)²⁷⁰, sono state espressamente normate dalla legge n. 104/1992²⁷¹. Entrambe, tuttavia, oltre a difettare del riscontro dell'O.M.S., descrivono le persone esclusivamente in ragione dei rispettivi deficit (uditivo e visivo), prendendo a riferimento parametri di cui sordi e ciechi non hanno (o non hanno mai avuto) esperienza: il suono nel caso dei primi, la luce dei secondi²⁷². Di contro, i termini "sordo" e "cieco" non pongono l'accento su quello che manca alla persona, ma su ciò che essa è. Sordità e cecità, tra l'altro, sono condizioni proteiformi, aventi genesi, sviluppi ed esiti tutt'altro che univoci. Ambo le situazioni, infatti, sono coartate da una pluralità di fattori: il grado del deficit, le cause che l'hanno generato, l'età dell'insorgenza, la circostanza che i genitori della persona sorda o cieca siano a propria volta sordi

²⁶⁷ L.M. LIEBERMAN, *Euphemisms*, in *Journal of Learning Disabilities*, vol. 17, iss. 5, 1° maggio 1984, pp. 314 ss.

²⁶⁸ Così, testualmente, V. PAOLI, *Lessico e disabilità: alcune riflessioni*, in *Superando.it*, 28 dicembre 2011.

²⁶⁹ È d'obbligo segnalare che la legge n. 95/2006 ha disposto l'espunzione del termine "sordomuto" da tutte le disposizioni legislative vigenti, prevedendo che lo stesso sia sostituito dal termine "sordo". Sordità e mutismo, infatti, rappresentano due condizioni distinte e separate, non necessariamente connesse. Invero, nelle persone sorde l'apparato fono-articolatorio è perfettamente integro e i sordi dalla nascita, pur difettando di *feedback* uditivi, possono comunque acquisire competenze verbali attraverso protesizzazioni e terapie logopediche.

²⁷⁰ Il capitolo "Funzioni sensoriali e dolore", ricompreso all'interno del dominio "Funzioni Corporee" (a propria volta esplicativo della componente "Funzioni e Strutture Corporee"), descrive le menomazioni delle funzioni sensoriali relative alla percezione dei suoni e della loro discriminazione in termini di "sordità", definendo "sorde" (e mai "non udenti") le persone che ne sono affette O.M.S., ICF. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione breve*, cit., p. 83. Lo stesso dicasi per le funzioni sensoriali relative alla percezione della luce e degli stimoli visivi, anch'esse parte del capitolo "Funzioni sensoriali e dolore". In ipotesi, infatti, le relative menomazioni sono rappresentate in termini di "cecità" e le persone affettene come "ciechi" (e non certo come "non vedenti"), ivi, p. 82.

²⁷¹ Artt. 9, 13 e 42 della legge n. 104/1992 (non udente); art. 24 della legge n. 104/1992.

²⁷² In tema B. MARZIALE, *Sordità: una disabilità in diverse prospettive. La lingua dei segni come strumento di cittadinanza*, in *Questione Giustizia*, 2018, n. 3, soprattutto p. 59.

o ciechi, il fatto che la persona abbia avuto esperienze uditive o visive, la disponibilità di protesi. Con particolare riguardo alla sordità, poi, occorre considerare che la menomazione uditiva non è immediatamente percepibile all'esterno: per cui, pur ripercuotendosi trasversalmente su tutte le attività della persona, essa tende a rimanere celata, emergendo nel solo momento della comunicazione diretta. Tale aspetto, quindi, non si limita ad incidere sugli interventi normativi da predisporre in favore delle persone sorde, ma rende addirittura difficoltosa la focalizzazione delle loro problematiche²⁷³.

Per cui, se privo di riscontro scientifico, anche un linguaggio politicamente corretto rischia di configurarsi come fuorviante²⁷⁴. Difatti, l'utilizzo di termini e locuzioni edulcorati si è spesso rivelato discriminatorio. È quanto accade, ad esempio, con le locuzioni “diversamente abile”, “non udente” e “non vedente”, le quali, bypassando l'intervenuta evoluzione medico-sociologica, derubricano la disabilità a deficit biologico.

In tale contesto, allora, la normativizzazione dell'I.C.F. non è più una questione meramente giuridica, ma l'occasione propizia per un mutamento culturale complessivo, che superi *bias* cognitivi, *pattern* sociali ed etichette linguistiche, nella consapevolezza che soltanto una società educata alle differenze è in grado di comprendere l'imprescindibilità di linguaggi che non discriminino²⁷⁵. È fondamentale, pertanto, non incorrere in un errore frequente: credere, cioè, che il cambiamento forzoso dei linguaggi comporti un automatico progresso della società. È la comunità di riferimento a conferire senso e significato alla parola, non il contrario.

13. Il ruolo del P.N.R.R. nel recepimento normativo della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.)

Essendo funzionale alla rappresentazione delle capacità e dei bisogni delle persone con disabilità, la “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) ha un'incidenza dirimente in ordine all'attuazione del programma costituzionale. Senza considerare, inoltre, che la vigente classificazione dell'O.M.S., muovendo da paradigmi scientificamente validati, costituisce il veicolo per una descrizione non ste-

²⁷³ *Ibidem*.

²⁷⁴ Già D. BIKLEN, *Achieving the Complete School. Strategies for Effective Mainstreaming*, New York, Teachers College Pr, 1985, p. 6 ss.

²⁷⁵ Per approfondire, P.A. TAGUIEFF, *La forza del pregiudizio. Saggio sul razzismo e sull'antirazzismo*, trad. it. M. CANOSA, P. CRISTALLI (a cura di), Bologna, Il Mulino, 1994, soprattutto pp. 24 ss., secondo cui un linguaggio politicamente corretto è lettera morta se non associato a comportamenti attivi. Si vedano, in argomento, su posizioni sostanzialmente analoghe, F. BARONCELLI, *Il razzismo è una gaffe. Eccessi e virtù del «politically correct»*, Roma, Donzelli, 1996, p. 82; R. HUGHES, *La cultura del piagnisteo. La saga del politicamente corretto*, trad. it. M. ANTONIELLI (a cura di), Milano, Adelphi, 1994, p. 45; J. ELSTER, *Argomentare e negoziare*, trad. it. G. RIGAMONTI (a cura di), Milano, Mondadori, 1993, p. 78.

reotipata del fenomeno. Pertanto, oltre a tradursi in una violazione dei percorsi emancipativi e dei processi inclusivi predisposti dai Costituenti, l'omesso recepimento normativo dell'I.C.F. finisce per produrre effetti sulla materialità sociale, dal momento che la maggioranza degli individui ignora significato, genesi e conseguenze della disabilità.

In ogni caso, le rilevate criticità sembrano destinate a venir meno, avendo il P.N.R.R. inaugurato una nuova stagione di tutela dei soggetti deboli. Il Piano approvato dall'Italia²⁷⁶, infatti, non si limita a gettare le basi per una transizione ecologica e digitale, ma si propone, altresì, di recuperare i ritardi che penalizzano persone con disabilità, giovani, donne e Mezzogiorno²⁷⁷, in conformità a quanto disposto dal Pilastro europeo dei diritti sociali²⁷⁸. E allora, così come evocate dal Piano, la ripresa e la resilienza sono espressamente orientate al riconoscimento e alla garanzia di pari opportunità di sviluppo in favore di quelle persone che non riescono ad esprimere appieno il proprio potenziale di vita. Del resto, l'assenza di pari opportunità non rappresenta un problema esclusivamente individuale, ma anche un ostacolo alla crescita complessiva del Paese, dal momento che una persona impossibilitata ad emanciparsi costituisce un costo politico, economico e sociale per l'intera collettività.

In Italia, ad esempio, sono 3 milioni e 100 mila le persone che, a causa di interazioni negative tra condizioni di salute e fattori contestuali (sia personali sia ambientali) incontrano limitazioni nello svolgimento di attività abituali e restrizioni nella partecipazione alla vita di comunità²⁷⁹. È questa la ragione per cui tutte le Missioni del P.N.R.R. condividono una

²⁷⁶ Il P.N.R.R. dell'Italia, denominato "Italia Domani", è stato approvato il 13 luglio 2021 con la decisione n. 10160/21 del Consiglio dell'Unione europea ed ha garantito l'assegnazione di un contributo finanziario di 68,9 miliardi di euro e di un prestito di 122,6 miliardi di euro, cui si aggiungono i 13 miliardi del programma "REACT-EU" e i 30,62 miliardi derivanti dal "Piano nazionale per gli investimenti complementari" (finalizzato a integrare con risorse nazionali gli interventi del P.N.R.R.). Si vedano, in argomento, la dettagliata ricostruzione analitica e le riflessioni di F. BILANCIA, *Indirizzo politico e nuove forme di intervento pubblico nell'economia in attuazione del Recovery and Resilience Facility, tra concorrenza e nuove politiche pubbliche*, in *Costituzionalismo*, 2021, n. 3, pp. 1 ss., in particolare pp. 20 ss. (poi ripubblicato in F. BILANCIA, *Integrazione giuridica e funzione di governo*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022, pp. 111 ss.). Si vedano, altresì, le prospettive di "metodo costituzionale" suggerite da N. LUPO, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti*, in *Federalismi*, 2022, n. 1, pp. 1 ss. Sul medesimo tema, poi, M. CLARICH, *Il PNRR tra diritto europeo e nazionale: un tentativo di inquadramento giuridico*, in *ASTRID-Rassegna*, 2021, n. 12; M. COLLEVECCHIO, *Interventi e ristori nel 2020 per contrastare il Covid-19 e attenuarne gli effetti*, in *ASTRID-Rassegna*, 2021, n. 4; F. SALMONI, *Piano Marshall, Recovery Fund e il containment americano verso la Cina. Condizionalità, debito e potere*, in *Costituzionalismo*, 2021, n. 2, p. 51 ss.; A. SCIORTINO, *PNRR e riflessi sulla forma di governo italiana. Un ritorno all'indirizzo politico «normativo»?*, in *Federalismi*, 2021, n. 18, p. 235 ss.

²⁷⁷ Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, *Italia Domani*, p. 36.

²⁷⁸ Con specifico riguardo alle persone con disabilità, il Pilastro europeo dei diritti sociali statuisce quanto segue: «[a] prescindere dalla [...] disabilità [...], ogni persona ha diritto alla parità di trattamento e di opportunità in materia di occupazione, protezione sociale, istruzione e accesso a beni e servizi disponibili al pubblico. Sono promosse le pari opportunità dei gruppi sottorappresentati» (art. 3); «[l]e persone con disabilità hanno diritto a un sostegno al reddito che garantisca una vita dignitosa, a servizi che consentano loro di partecipare al mercato del lavoro e alla società e a un ambiente di lavoro adeguato alle loro esigenze» (art. 17).

²⁷⁹ La stima è stata effettuata sulla base dei dati dell'indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana", calcolato sulle risposte al seguente quesito: "A causa di problemi di salute, in che misura Lei ha delle limitazioni, che durano da almeno sei mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono? (Limitazioni gravi, Limitazioni non gravi, Nessuna limitazione)". La stima della prevalenza è nota come "Global Activities Limitations Indicator" ed è effettuata sulle persone che vivono

Priorità Trasversale concernente lo sviluppo e l'inclusione delle persone con disabilità²⁸⁰. Ma è questa, ancor di più, la ragione per cui la Missione "Inclusione e coesione" contempla una Riforma denominata "Legge quadro per le disabilità"²⁸¹.

In sintesi, muovendo dalla circostanza che l'ordinamento giuridico italiano non dispone di percorsi emancipativi e di processi inclusivi in grado di garantire la valorizzazione delle capacità e il soddisfacimento dei bisogni delle persone con disabilità, il Governo ha redatto un programma di riforma che ambisce a superare le criticità normative analizzate nel presente scritto.

Tale programma, pensato nell'ottica della deistituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità, si propone di raggiungere sei obiettivi: l'adozione di una definizione scientificamente validata di "disabilità"; la revisione delle procedure di accertamento; la valorizzazione dei progetti di vita indipendente; la diffusione territoriale delle unità di valutazione multidimensionale; la qualificazione dell'offerta relativa ai servizi sociali; la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari²⁸². Gli obiettivi in esame sono stati a propria volta esplicitati nella legge n. 227/2021²⁸³, con cui il Parlamento ha delegato il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità²⁸⁴.

In particolare, la legge di delega dispone che l'ordinamento giuridico si conformi al modello biopsicosociale, accedendo a una definizione di "disabilità" che evidenzi la genesi composita del fenomeno²⁸⁵. Da qui la previsione di accertamenti multilivello, in grado di misurare l'incidenza delle variabili biologiche, psicologiche e sociali sulle condizioni di salute e sul funzionamento della persona²⁸⁶. Il legislatore, quindi, ha espressamente delegato l'esecutivo a recepire la "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" (I.C.D.), la "Classificazione Internazionale del Funzionamento,

in famiglia, sono escluse quelle che vivono in strutture residenziali, ISTAT, *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni*, Roma, 2019, p. 10.

²⁸⁰Con riguardo ai modi e alle forme in cui si esplica, all'interno delle singole Missioni, l'attenzione che il P.N.R.R. trasversalmente destina alle persone con disabilità, si rinvia ancora a F. MASCI, *P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del "disability divide"*, cit., pp. 113 ss., in particolare pp. 118-121. A mo' di ricognizione, tuttavia, si segnala quanto segue: la Missione 1 è preposta alla rimozione delle barriere architettoniche e sensoriali all'interno di musei, biblioteche e archivi; le Missioni 2 e 3 contemplano interventi per la mobilità e per il trasporto espressamente volti al miglioramento e all'accessibilità di infrastrutture e servizi; la Missione 4 prevede interventi intesi a ridurre i divari territoriali nella scuola secondaria di secondo grado; la Missione 5 include un investimento straordinario sulle infrastrutture sociali nonché sui servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari; la Missione 6 attiene al miglioramento dei servizi sanitari sul territorio.

²⁸¹Ivi, pp. 122-123.

²⁸²Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, *Italia Domani*, cit., p. 215.

²⁸³Legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante "Delega al Governo in materia di disabilità".

²⁸⁴Diffusamente F. MASCI, *P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del "disability divide"*, cit., pp. 124-128.

²⁸⁵Art. 2, c. 2, lett. a), n. 1, della legge n. 227/2021.

²⁸⁶Art. 2, c. 2, lett. a), n. 2, della legge n. 227/2021.

della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) e ogni altro strumento valutativo consolidato nella letteratura scientifica e nella pratica clinica. Ciò significa che le condizioni disciplinate dalle normative vigenti²⁸⁷ devono essere definite e accertate esclusivamente tramite linguaggi e protocolli validati dall’O.M.S.²⁸⁸, assurgendo ad aspetti negativi dell’interazione tra salute e fattori contestuali, sia personali sia ambientali.

Stando alla legge di delega, l’utilizzo congiunto delle due classificazioni dell’O.M.S. garantisce un *assessment* effettivo delle capacità e dei bisogni della persona, e dunque la predisposizione di percorsi emancipativi che tengano effettivamente conto delle peculiarità del singolo. Detti percorsi postulano la concertazione di una pluralità di soggetti (medici, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, *caregiver*, ecc. ...), chiamati a concorrere, ciascuno in ragione della propria competenza, all’elaborazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, redatto in conformità ai desideri, alle aspettative e alle scelte della persona con disabilità²⁸⁹. Tale progetto, funzionale a uno sviluppo e a una partecipazione costituzionalmente orientati, si propone di migliorare le condizioni di salute, la situazione personale e la qualità della vita dell’interessato, individuando barriere e facilitatori che incidono sulle varie dimensioni dell’esistenza e indicando tutto ciò che è necessario a compensare le limitazioni delle attività e le restrizioni della partecipazione²⁹⁰. Nel progetto, pertanto, devono essere elencati beni, servizi, prestazioni e accomodamenti ragionevoli necessari a garantire parità di *chance* evolutive in ambito sociale, scolastico, lavorativo, culturale, sportivo, ecc. ... Gli ausili garantiti alle persone con disabilità, quindi, non attengono alla sola sfera sanitaria, ma concernono anche i profili socio-sanitari e di assistenza sociale²⁹¹. È a quest’ultimo riguardo, dunque, che la legge di delega prescrive di definire le procedure di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all’art. 117, c. 2, lett. m), Cost.²⁹².

Pur se con ritardo ultraventennale²⁹³, il legislatore sembra aver preso coscienza della totale asimmetria tra paradigmi scientifici, formulazioni linguistiche e ordinamento giuridico. Sta ora al Governo dare corso alla delega legislativa. In proposito, però, va subito detto che

²⁸⁷Invalidità civile (legge n. 118/1971), invalidità previdenziale (legge n. 222/1984), inabilità previdenziale (legge 222/1984), cecità civile (legge n. 382/1970 e legge n. 138/2001), sordità civile (legge n. 381/1970), sordocecità (legge n. 107/2010), handicap (legge n. 104/1992) disabilità ai fini dell’inclusione scolastica (legge n. 66/2017), disabilità ai fini dell’inclusione lavorativa (legge n. 68/1999) non autosufficienza (d.m. 26 settembre 2016)

²⁸⁸Art. 2, c. 2, lett. b), nn. 1 e 2, della legge n. 227/2021.

²⁸⁹Art. 2, c. 2, lett. c), n. 3, della legge n. 227/2021.

²⁹⁰Art. 2, c. 2, lett. c), n. 5, della legge n. 227/2021.

²⁹¹Art. 2, c. 2, lett. c), n. 4, della legge n. 227/2021.

²⁹²Art. 2, c. 2, lett. h), n. 2, della legge n. 227/2021.

²⁹³Giova ricordare, a riguardo, che l’I.C.F. è stata adottata nel 2001.

l'adozione dei decreti attuativi²⁹⁴, originariamente prevista per il 31 agosto 2023²⁹⁵, è stata prorogata al 15 marzo 2024²⁹⁶ (termine che, in ogni caso, non è stato rispettato).

Il primo decreto legislativo ha ad oggetto la riqualificazione dei servizi pubblici per le persone con disabilità²⁹⁷. Le sue disposizioni si propongono di garantire accessibilità all'interno delle pubbliche amministrazioni e uniformità di tutela presso le stesse²⁹⁸. In particolare, il legislatore delegato mira ad assicurare uguaglianza nella fruizione dell'ambiente fisico, dei servizi pubblici²⁹⁹ e dei sistemi di informazione e di comunicazione³⁰⁰, eventualmente anche attraverso misure specifiche e accomodamenti ragionevoli³⁰¹. Prevede, pertanto, che ciascuna amministrazione destini personale qualificato alla definizione degli obiettivi programmatici e strategici di accessibilità, di tutela e di uguale fruizione³⁰², includendo gli stessi nel sistema di valutazione delle *performance* individuali e organizzative³⁰³. Inoltre, il legislatore delegato estende l'ambito di applicabilità dell'azione collettiva nei confronti delle pubbliche amministrazioni alla violazione dei livelli di qualità individuati dalle carte dei servizi e dalla normativa vigente in materia³⁰⁴.

Il secondo decreto legislativo, invece, è dedicato all'istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità³⁰⁵. Tale Autorità Garante, attiva dal 1° gennaio 2025, è chiamata a svolgere le seguenti funzioni: vigilare sul rispetto delle normative nazionali e sovranazionali in materia di disabilità; promuovere l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà delle persone con disabilità; veicolare campagne di sensibilizzazione, di comunicazione, programmi, iniziative e azioni positive in favore delle persone con disabilità; rafforzare le tutele nei confronti delle persone con disabilità attraverso la collaborazione con le altre Autorità Garanti; contrastare le discriminazioni dirette, quelle indirette e le molestie; ricevere segnalazioni in merito a fenomeni di carattere discriminatorio e/o molestatore; svolgere verifiche, emettere pareri e formulare raccomandazioni in ordine all'esistenza di quei fenomeni e, nei casi di urgenza, proporre l'adozione di misure

²⁹⁴ Servizio Studi – Senato della Repubblica, *Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi. Volume I. D.D.L. di conversione e articoli 1-7 del decreto-legge. D.L. n. 198/2022 – A.C. 888*, in IDEM, *Dossier XIX Legislatura*, p. 22.

²⁹⁵ Art. 1, c. 1, della legge n. 227/2021.

²⁹⁶ Art. 1, c. 5, della legge n. 14/2023.

²⁹⁷ Decreto legislativo 13 dicembre 2023, n. 222, recante "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità".

²⁹⁸ Art. 1, c. 1, del d.lgs. n. 222/2023.

²⁹⁹ Compresi i servizi elettronici e di emergenza.

³⁰⁰ Inclusi i sistemi informatici e le tecnologie di informazione in caratteri Braille e in formati facilmente leggibili e comprensibili.

³⁰¹ Art. 1, c. 2, del d.lgs. n. 222/2023.

³⁰² Art. 3, c. 1, del d.lgs. n. 222/2023.

³⁰³ Art. 4, c. 1, del d.lgs. n. 222/2023.

³⁰⁴ Art. 8, c. 1, del d.lgs. n. 222/2023.

³⁰⁵ Decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20, recante "Istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, in attuazione della delega conferita al Governo".

provvisorie; assicurare la consultazione con le organizzazioni e con le associazioni rappresentative delle persone con disabilità; agire e resistere in giudizio a difesa delle proprie prerogative³⁰⁶; predisporre un apposito cronoprogramma di rimozione delle barriere architettoniche e sensoripercettive presenti nelle strutture pubbliche, aperte al pubblico e private convenzionate³⁰⁷.

Il 30 giugno 2024, infine, è entrato in vigore il decreto legislativo n. 62/2024³⁰⁸, che dispone la trasposizione normativa della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.)³⁰⁹. Questo terzo decreto legislativo, quindi, ha portata storica³¹⁰, perché, come anticipato, sussume la disciplina della disabilità entro paradigmi scientificamente validati, conformi ai linguaggi e alle procedure di accertamento dell’O.M.S.³¹¹.

Secondo il legislatore delegato, infatti, la “disabilità” è «una duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri»³¹². Di talché, ovunque ricorra, il termine “handicap” è sostituito dal termine “disabilità”³¹³; e lo stesso dicasi per “handicappato”, “persona handicappata”, “portatore di handicap”, “persona affetta da disabilità”, “disabile” e “diversamente abile”, che hanno ceduto il passo alla locuzione universale “persona con disabilità”³¹⁴.

Nella trasposizione normativa della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) risiede la più compiuta maturazione dell’ordinamento giuridico, che finalmente individua, definisce e conferisce prescrittività a categorie scientifico-linguistiche in grado di garantire sviluppo e partecipazione effettivi alle persone con disabilità. Il decreto legislativo n. 62/2024 ricompono la diastasi tra diritto, scienza e linguaggio, ponendo fine a quelle che, per troppo tempo, sono state ritenute finezze intellettuali ed inezie terminologiche. Difatti, il recepimento ordinamentale dei modelli definitorio-procedurali dell’O.M.S. non costituisce un mero aggiornamento della legislazio-

³⁰⁶ Art. 4, c. 1, del d.lgs. n. 20/2024.

³⁰⁷ Art. 5, c. 3, del d.lgs. n. 20/2024

³⁰⁸ Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”.

³⁰⁹ Art. 11, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024

³¹⁰ Servizio Studi – Senato della Repubblica, *Schema di decreto legislativo recante definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. Atto del Governo n. 122*, Roma, marzo 2024.

³¹¹ A. SANTUARI, *Schema di decreto legislativo in materia di disabilità: una prima analisi degli strumenti giuridici previsti. “Budget di progetto” e ruolo degli Enti del Terzo settore*, in *Welforum.it*, 5 febbraio 2024.

³¹² Art. 2, c. 1, lett. a), del d.lgs. n. 62/2024.

³¹³ Art. 4, c. 1, lett. a), del d.lgs. n. 62/2024.

³¹⁴ Art. 4, c. 1, lett. b), del d.lgs. n. 62/2024.

ne di settore, ma segna una vera e propria svolta culturale. In questa nuova prospettiva, la disabilità non satura l'identità della persona, ma risente di fattori endogeni ed esogeni di varia natura. Difatti, nell'accedere ai paradigmi dell'I.C.F., l'ordinamento giuridico adotta un'impostazione olistica e biopsicosociale, non riducendo l'*assessment* ad un'indagine medica, ma sondando, al contempo, la soggettività della persona e i contesti socio-ambientali entro cui esplica la propria esistenza.

In considerazione di quanto sopra, l'attestazione della condizione di disabilità postula, anzitutto, una "valutazione di base"³¹⁵, e cioè l'espletamento di una procedura medico-legale³¹⁶ preordinata all'accertamento:

- 1) delle condizioni di salute;
- 2) delle compromissioni funzionali e strutturali correlate alle condizioni di salute;
- 3) dell'incidenza che le compromissioni funzionali e strutturali esercitano sulle capacità personali;
- 4) della ricaduta che le compromissioni funzionali e strutturali hanno sulle attività e sulla partecipazione;
- 5) della mobilità e dell'autonomia di base;
- 6) delle necessità di sostegno³¹⁷.

La "valutazione di base", così come sommariamente rendicontata, è basata sull'utilizzo congiunto dell'I.C.D. e dell'I.C.F. ed entrerà in vigore il 1° gennaio 2025³¹⁸. Impone, infatti, il previo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle procedure esistenti³¹⁹. Sostituirà, pertanto, gli attuali accertamenti dell'"invalidità civile" (legge n. 118/1971), dell'"invalidità previdenziale" (legge n. 222/1984), dell'"inabilità previdenziale" (legge 222/1984), del-

³¹⁵ Art. 2, c. 1, lett. D), del d.lgs. n. 62/2024.

³¹⁶ Più nel dettaglio, la "valutazione di base" è informata ai seguenti criteri: a) rispetto delle procedure medico-legali dell'I.C.D. e degli strumenti descrittivi dell'I.C.F.; b) impiego del WHODAS come strumento integrativo ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento, della disabilità e della salute; c) considerazione dell'attività della persona al fine di accertare le necessità di sostegno, di sostegno intensivo e/o di misure volte a compensare la restrizione della partecipazione e a sostenerne la massima inclusione possibile; d) per i soli effetti della valutazione dell'invalidità civile, impiego di tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura, elaborate sulla base delle più aggiornate conoscenze ed acquisizioni scientifiche; e) tempestività, prossimità, efficienza e trasparenza.

³¹⁷ Art. 10, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024.

³¹⁸ Art. 11, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024.

³¹⁹ L'aggiornamento è demandato ad un successivo decreto, chiamato a individuare: a) i criteri atti ad accertare l'esistenza e la significatività delle compromissioni funzionali e strutturali del corpo e della mente; b) i criteri atti ad accertare se le compromissioni rilevate sono di lunga durata; c) le percentuali correlate alle limitazioni nel funzionamento determinate dalle compromissioni; d) i criteri per l'individuazione del profilo di funzionamento; e) il complesso dei codici dell'I.C.F. tramite cui verificare in che misura le compromissioni funzionali e strutturali ostacolano, in termini di capacità, l'attività e la partecipazione (inclusi i domini relativi al lavoro e alla formazione superiore per gli adulti e all'apprendimento, anche scolastico, per i minori); f) un sistema delineato per fasce teso a individuare l'intensità del sostegno e del sostegno intensivo, differenziandoli tra i livelli di "intensità lieve", "intensità media", "intensità elevata" e "intensità molto elevata"; g) i criteri atti a individuare le compromissioni funzionali per le quali riconoscere efficacia provvisoria alle certificazioni mediche; h) i criteri per la definizione della condizione di non autosufficienza; l'elenco delle condizioni patologiche non reversibili per le quali sono esclusi i controlli nel tempo; d) le ulteriori eccezioni al controllo (art. 12, cc. 1-2, del d.lgs. n. 62/2024).

la “cecità civile” (legge n. 382/1970 e legge n. 138/2001), della “sordità civile” (legge n. 381/1970), della “sordocecità” (legge n. 107/2010), della “disabilità ai fini dell’inclusione scolastica” (legge n. 66/2017), della “disabilità ai fini dell’inclusione lavorativa” (legge n. 68/1999) e della “non autosufficienza” (d.m. 26 settembre 2016)³²⁰.

Al fine di agevolare l’omogeneizzazione procedurale, la nuova valutazione è stata interamente demandata all’I.N.P.S., con l’eliminazione della procedura bifasica che prevedeva il previo accertamento di una commissione mista A.S.L.-I.N.P.S. e la successiva validazione di una commissione I.N.P.S.³²¹.

Alla “valutazione di base” fa seguito la “valutazione multidimensionale”³²², una procedura di accertamento articolata in quattro fasi:

- 1) definizione del profilo di funzionamento;
- 2) individuazione delle barriere che ostacolano il funzionamento e dei facilitatori che lo agevolano;
- 3) rilevamento dei bisogni biologici, psicologici e sociali;
- 4) redazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato³²³.

Siffatta procedura, di chiara matrice olistica e biopsicosociale³²⁴, è svolta in conformità alle prescrizioni dell’I.C.D. e dell’I.C.F. (anch’essa, pertanto, abbisogna di un previo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle procedure esistenti) ed esige la partecipazione della persona con disabilità durante l’intero *iter* valutativo³²⁵.

Il “progetto di vita”, che costituisce il punto di caduta della “valutazione multidimensionale”, è un documento finale inteso a migliorare le condizioni di salute e personali della persona con disabilità, facilitandone sviluppo e partecipazione in tutte le dimensioni dell’esistenza, sempre su una base di uguaglianza con gli altri³²⁶.

Esso individua:

- 1) gli obiettivi risultanti all’esito della valutazione multidimensionale;
- 2) gli interventi da effettuare nelle aree dell’apprendimento, della socialità, dell’affettività, della formazione, del lavoro, della casa, dell’habitat sociale e della salute;

³²⁰ Art. 5, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024.

³²¹ Art. 9 del d.lgs. n. 62/2024.

³²² Art. 2, c. 1, lett. m), del d.lgs. n. 62/2024.

³²³ Art. 25, c. 2, del d.lgs. n. 62/2024.

³²⁴ L’unità di valutazione multidimensionale, infatti, è composta dalla persona con disabilità, dal tutore, dall’amministratore di sostegno (se dotato di poteri), dall’esercente responsabilità genitoriale in caso di minore, da un assistente sociale (o da un educatore o da un altro operatore dei servizi sociali territoriali), da uno o più professionisti sanitari designati dalla Azienda Sanitaria o dal distretto sanitario col compito di garantire l’integrazione socio-sanitaria, da un rappresentante dell’istituzione scolastica.

³²⁵ Art. 25, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024.

³²⁶ Art. 18, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024.

- 3) i beni, i servizi, le prestazioni, gli accomodamenti ragionevoli e i benefici funzionali alla valorizzazione delle capacità e al soddisfacimento dei bisogni della persona con disabilità;
- 4) i piani individualizzati correlati agli obiettivi del progetto, con indicazione di eventuali priorità;
- 5) gli operatori e le altre figure coinvolte nella fornitura dei sostegni sopra citati, con indicazione delle relative sfere di competenza, delle relative attribuzioni e delle relative responsabilità (da questo particolare discende un aspetto di non poco conto, e cioè che il progetto deve essere approvato e sottoscritto da tutti i soggetti coinvolti);
- 6) il referente per l'attuazione;
- 7) la programmazione dei tempi e le modalità delle verifiche periodiche e di aggiornamento;
- 8) il dettaglio e l'insieme delle risorse che compongono il budget³²⁷.

La titolarità del “progetto di vita” spetta alla persona con disabilità³²⁸: essa ne richiede l'attivazione e concorre a determinarne contenuti, modifiche e integrazioni secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte³²⁹. Resta inteso, ovviamente, che queste volontà sono in larga misura condizionate dalle risorse messe a disposizione da Stato, Regioni, Enti locali, Terzo settore e soggetti privati. L'operatività del progetto, infatti, è subordinata alla predisposizione di un apposito “budget”, costituito, in modo integrato, dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali³³⁰. È dal “budget”, dunque, che dipendono contenuti e portata di effettività del “progetto di vita”. Anche se, ad onor del vero, dovrebbe essere quest'ultimo ad influenzare oggetto e quantità degli stanziamenti. E ciò per il fatto di essere funzionale allo sviluppo e alla partecipazione della persona con disabilità. Così come rappresentato, quindi, il “progetto di vita” è senza dubbio un diritto inviolabile (e le prestazioni ivi elencate sono senza dubbio livelli essenziali); la sua attuazione, però, soggiace ai vincoli di bilancio (*infra* par. 15.1).

Il “budget di progetto”, comunque, non può essere declinato in termini esclusivamente economici³³¹. Deve essere visto, piuttosto, come uno strumento di coordinamento tra i

³²⁷ Art. 26, c. 3, del d.lgs. n. 62/2024.

³²⁸ Ovviamente, il “progetto di vita” è sottoscritto soltanto dalla persona con disabilità che dispone delle capacità di determinarne e di intenderne i contenuti. In caso contrario, è sottoscritto da chi ne cura gli interessi.

³²⁹ Art. 18, c. 3, del d.lgs. n. 62/2024.

³³⁰ Art. 28, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024.

³³¹ L'art. 31, c. 1, del d.lgs. n. 62/2024 dispone l'istituzione, a decorrere dall'anno 2025, di un Fondo da 25 milioni di euro appositamente dedicato all'implementazione dei “progetti di vita”. Dette risorse sono integrative e aggiuntive rispetto a quelle esistenti e già destinate al finanziamento del “budget di progetto” (il riferimento è al Fondo per la non autosufficienza, al Fondo per i *caregiver* familiari – non rifinanziato per il 2024 – e al Fondo per il “dopo di noi”). Le risorse del Fondo saranno annualmente ripartite, mediante decreto, tra le Regioni sulla base della rilevazione dei fabbisogni

sostegni di cui necessita la persona. Difatti, è stilato secondo i principi della co-programmazione e della co-progettazione ed esige integrazione e interoperabilità nell'impiego delle risorse e nella definizione degli interventi da effettuare. È, in quanto tale, flessibile e dinamico e, nell'ambito di questa elasticità, la persona con disabilità ha diritto a comporlo e a gestirlo, anche conferendo risorse proprie e valorizzando autonomamente i supporti informali³³².

Già ad una prima lettura, il decreto legislativo n. 62/2024 sembra segnare il passaggio da un sistema di protezione assistenzialistico a un modello di tutela basato sull'emancipazione e sull'inclusione, nella consapevolezza che la vita della persona con disabilità è fatta non soltanto di cure mediche, ma anche di ambizioni personali, relazioni sociali, rapporti professionali e stabilità economica. L'obiettivo della riforma, d'altronde, è proprio quello di valorizzare la persona nella sua interezza e nella sua complessità. È a tal fine, pertanto, che sono stati introdotti "valutazione di base", "valutazione multidimensionale", "progetto di vita" e "budget di progetto".

Ad ogni modo, è bene precisare che gli istituti in disamina sono stati introdotti in via sperimentale³³³. La sperimentazione, di durata annuale (dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025), prevede un'applicazione provvisoria e a campione, secondo un principio di differenziazione geografica (Nord, Centro e Sud) e territoriale (regionale, provinciale e comunale)³³⁴. L'auspicio è che questa modalità di intervento sia legata all'aggiornamento delle definizioni e delle procedure esistenti – circostanza che, in verità, emerge a chiare lettere dal decreto legislativo. Diverso sarebbe se il recepimento giuridico dei nuovi paradigmi scientifici fosse subordinato all'esito positivo del periodo di prova. In quei paradigmi, infatti, risiede il superamento degli eccessi di potere legislativo che caratterizzano le normative vigenti, e dunque l'attuazione effettiva del programma personalista delineato in Costituzione. Non resta che attendere, quindi, l'inizio e il completamento della fase di sperimentazione. Anche perché, all'esito della stessa, potrebbero rendersi necessari degli adattamenti legislativi³³⁵. Il che lascia intuire che il nuovo modello di tutela non entrerà a regime il 1° gennaio 2026.

territoriali. Nel medesimo decreto saranno stabilite le priorità di intervento e le modalità di erogazione, di monitoraggio e di controllo dell'adeguatezza delle prestazioni.

³³²Art. 28, cc. 7-8, del d.lgs. n. 62/2024.

³³³Art. 33, cc. 1-2, del d.lgs. n. 62/2024.

³³⁴L'art. 9, c. 1, del d.l. n. 71/2024 ha già individuato gli ambiti territoriali in cui si svolgerà la sperimentazione: le Province di Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste.

³³⁵La stessa legge n. 227/2021, d'altronde, prevede che «entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, possono essere adottati, pur con una procedura semplificata, decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive, nel rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalla stessa legge delega» (art. 2, c. 4, della legge n. 227/2021).

14. Il recepimento normativo della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) non è sufficiente a garantire l’attuazione della Costituzione

Ad ogni modo, il recepimento normativo della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (I.C.F.) non è sufficiente a garantire l’emancipazione e l’inclusione delle persone con disabilità.

Difatti, all’individuazione scientificamente validata e linguisticamente adeguata delle capacità e dei bisogni del singolo deve necessariamente seguire la predisposizione di un sistema di beni, servizi e prestazioni che ne assicuri la valorizzazione e il soddisfacimento. Nello specifico, l’esplicazione della pari dignità sociale postula la determinazione di livelli essenziali di tutela che salvaguardino le specificità biologiche, psicologiche e sociali della persona, assicurandole uno sviluppo e una partecipazione multidimensionali. Per cui, se la garanzia di una vita dignitosa passa attraverso la valorizzazione di capacità infungibili e il soddisfacimento di bisogni altrettanto infungibili, i poteri pubblici sono obbligati ad erogare beni, servizi e prestazioni che suppliscano a menomazioni, limitazioni e restrizioni, riservando ad ognuno quel complesso di attenzioni in grado di prevenire e/o di superare eventuali stati di disagio individuale o di emarginazione sociale.

Così come concepita, quindi, l’individuazione dei livelli essenziali di tutela risponde all’esigenza di implementare il programma costituzionale, e dunque di collocare la persona al centro dell’ordinamento, in modo da avere concretamente cura della storicità della sua esistenza e della materialità dei suoi rapporti.

Sinora, tuttavia, Stato, Regioni e Comuni non hanno provveduto in tal senso³³⁶.

Difatti, benché l’art. 117, c. 2, lett. m), Cost. demandi al legislatore statale la definizione di un nucleo irriducibile di misure di protezione civile e sociale, i cosiddetti “livelli essenziali delle prestazioni” (L.E.P.), quest’ultimo, ad oggi, non ha ancora determinato i livelli essenziali di tutela sanitaria, socio-sanitaria e sociale in grado di rendere effettivi e territorialmente omogenei i percorsi di sviluppo e i processi di inclusione delle persone con disabilità³³⁷.

Tra l’altro, nei pochissimi àmbiti in cui lo Stato ha provveduto a legiferare³³⁸, le Regioni hanno riscontrato enormi difficoltà nel programmare e nell’organizzare le specifiche tipologie di beni, servizi e prestazioni erogabili sottoforma di livelli essenziali.

³³⁶Cfr. P. TORRETTA, *La legge di bilancio 2022 e l’assistenza sociale: qualche LEPS e tante ‘buone intenzioni’*, in *Federalismi*, 2022, n. 11, pp. 187 ss.

³³⁷Lumeggia la questione già in F. MASCI, *P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del “disability divide”*, cit., pp. 128 ss.

³³⁸Si pensi, con specifico riferimento alla tutela delle persone con disabilità, agli artt. 27 e 34 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e all’art. 22, c. 2, della legge n. 328/2000.

E lo stesso dicasi per Comuni, ai quali compete l'erogazione territoriale di quei L.E.P.³³⁹. In proposito va premesso che l'inerzia ordinamentale³⁴⁰ è in gran parte riconducibile alla locuzione "livelli essenziali", che oscilla tra due significati tendenzialmente antitetici³⁴¹: il primo, minoritario, che suole riconoscere nell'essenzialità la soglia indefettibile di beni, servizi e prestazioni che lo Stato è tenuto a garantire entro il limite delle dotazioni annuali di bilancio; il secondo, maggioritario e avallato dalla giurisprudenza costituzionale, che depotenzia i vincoli economico-finanziari di cui agli artt. 81 e 119 Cost., traslando l'asse

³³⁹Più nel dettaglio: lo Stato determina i L.E.P. e predispone un piano nazionale triennale recante gli interventi in concreto finanziabili; le Regioni, nell'ambito dei rispettivi territori e attraverso l'adozione di piani regionali specifici, progettano, coordinano, indirizzano e verificano l'attuazione degli interventi ritenuti finanziabili dallo Stato; le Province e le Città Metropolitane concorrono alla pianificazione regionale; i Comuni, nell'ambito delle funzioni loro conferite, pongono in essere, a livello locale, gli interventi pianificati dalle Regioni, in ossequio a quanto espressamente indicato dalle apposito piano di zona; alle AA.UU.SS.LL., infine, è richiesta la erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Alla descritta "dimensione verticale" se ne aggiunge una "orizzontale", che partecipa alla garanzia dei livelli essenziali attraverso l'azione di strutture private facenti riferimento ad associazionismo, volontariato, cooperazione sociale, Terzo settore (non profit, onlus, ecc. ...). Sulle difficoltà riscontrate da Stato, Regioni e Comuni si veda A. SANTUARI, *I Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP). Profili giuridici e assetti istituzionali multilivello*, in *Welforum.it*, 12 gennaio 2021; F. PESARESI, *La normativa statale e regionale sui livelli essenziali*, in E. RANCI ORTIGOSA (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, Milano, 2008, soprattutto pp. 111 ss.

³⁴⁰M. BELLETTI, *Dinamiche evolutive delle materie trasversali, tra tentativi di stabilizzazione e prospettive di involuzione*, in *Federalismi*, 2022, n. 20, pp. 17 ss.; G.M. NAPOLITANO, *Le politiche socio-assistenziali tra Stato e Regioni a venti anni dalla riforma costituzionale*, in *Federalismi*, 2022, n. 20, pp. 82 ss.; A. BANCHERO, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 2, pp. 1 ss.; A. CAUDURO, P. LIBERATI, *Brevi note sul servizio universale*, in *Costituzionalismo*, 2019, n. 1, pp. 131 ss.

³⁴¹Per una disamina attuale e dettagliata si rinvia a P. MASALA, *La tutela dei diritti sociali negli ordinamenti di tipo composto tra uniformità e differenziazione: decentramento e diritti sociali in Italia, Germania e Spagna*, Pisa, Pisa University Press, 2014, p. 187 ss. Si veda anche, però, P. TORRETTA, *La legge n. 328/2000 e i livelli essenziali di assistenza sociale: dall'avvento del sistema integrato dei servizi sociali alla sua difficile attuazione*, in *Federalismi*, 2021, n. 23, in particolare pp. 210 ss., ove sono analizzate le principali posizioni sviluppatesi in dottrina, che qui si richiamano per completezza: L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *Gruppo di Pisa*, 2012, n. 3, pp. 1 ss.; G. DELLEDONNE, *Federalismo, livelli essenziali, diritti*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Bologna, Il Mulino, 2010, pp. 251 ss.; G. GUIGLIA, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Padova, Cedam, 2007, pp. 1 ss.; E. A. FERIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a temperare autonomia ed eguaglianza*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 21 giugno 2006; A. D'ALOIA, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale alla luce della riforma del titolo V della Costituzione*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2004, n. 3, pp. 367 ss.; IDEM, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, p. 1064; E. BALBONI, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2003, pp. 27 ss.; IDEM, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, pp. 1183 ss.; IDEM, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 2001, n. 6, pp. 1103 ss.; M. BELLETTI, *I "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali ..." alla prova della giurisprudenza costituzionale. Alla ricerca del parametro plausibile ...*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 2003, nn. 3-4, pp. 615 ss.; A. SIMONCINI, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte le prime indicazioni su regolamenti del Governo e «livelli essenziali» nelle materie regionali*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, pp. 1199 ss.; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m)*, in *Politica del diritto*, 2002, n. 3, p. 352; C. PINELLI, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, co. 2, lett. m), Cost.*, in *Diritto pubblico*, 2002, n. 3, p. 895.

della garanzia statale sull'entità di fabbisogno concretamente registrata nel territorio nazionale³⁴².

È oltremodo evidente che la *querelle* definitoria celi un problema di ben altro genere: è la disponibilità di risorse, infatti, a influire sulla determinazione statale, sull'attuazione regionale e sull'erogazione comunale dei L.E.P.³⁴³.

In ogni caso, l'indisponibilità di risorse – o, ancor meglio, il cattivo impiego delle stesse – non può giustificare la mancata previsione di interventi che assicurino alle persone con disabilità le medesime opportunità di sviluppo e di partecipazione delle persone senza disabilità. La Costituzione, infatti, offre tutela a prescindere dalle condizioni di vita della persona, con la conseguenza che quest'ultima può pretendere dai soggetti pubblici standard minimi di tutela che tramutino eventuali svantaggi in occasioni di emancipazione e non in motivi di ritardo o di esclusione.

A questo punto della trattazione, allora, è d'obbligo porsi un quesito: quand'anche la "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (I.C.F.) fosse normativamente recepita, e fossero dunque individuabili, con certezza scientifica e linguistica, le capacità e i bisogni della persona, l'ordinamento vigente sarebbe in grado di garantire l'erogazione di beni, servizi e prestazioni funzionali alla valorizzazione di quelle capacità e al soddisfacimento di quei bisogni?

In altre parole, una volta che siano identificate, attraverso l'utilizzo della classificazione dell'O.M.S., le aree di disabilità dell'individuo e le misure biologiche, psicologiche e sociali per farvi fronte, sarebbe possibile esigere da Stato, Regioni e Comuni livelli essenziali di tutela che consentano di prevenire, compensare o neutralizzare, in ottica sanitaria, socio-sanitaria e sociale, menomazioni, limitazioni e restrizioni?

La risposta, allo stato, è negativa (o, a voler vedere il bicchiere mezzo pieno, parzialmente positiva).

L'attuale sistema dei L.E.P., infatti, non riesce ad offrire alle persone con disabilità una presa in carico globale. Le criticità non attengono alle sole disomogeneità riscontrate in sede di attuazione regionale e comunale, afferenti, per lo più, a profili budgetari, organizzativi e gestionali, ma anche alle tipologie di L.E.P. determinati dallo Stato, che hanno ad oggetto categorie isolate di beni, servizi e prestazioni³⁴⁴. Superare le descritte criticità significa

³⁴²Per una ricostruzione M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m)*, in *Politica del diritto*, cit., pp. 352 ss.

³⁴³Si veda, a riguardo, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*, Roma, 2021, p. 5 e pp. 15 ss.

³⁴⁴A tal proposito, però, è opportuno dar conto della tendenziale difficoltà a superare l'approccio categoriale, che caratterizza non solo le vigenti normative statali e regionali, ma la struttura stessa dei bilanci. Siffatto approccio, tra l'altro, ha il vantaggio di rendere immediatamente conoscibili le professionalità serventi all'erogazione di beni, servizi e prestazioni, rendendone più agevole il finanziamento, l'organizzazione e la gestione. Ciò non esclude, in ogni caso, l'opportunità di pervenire ad un giusto bilanciamento tra interventi specialistici e trasversali. Il tutto, ovviamente, tenendo a mente il fatto che le scelte di programmazione muovono dalla capacità di lettura della qualità sociale complessiva della vita delle comunità territoriali nonché dei fattori di miglioramento sui quali è necessario far leva, Ministero del Lavoro e

prendere atto del fatto che la persona è al contempo un sistema e una componente di altri sistemi e che, pertanto, le sue capacità e i suoi bisogni costituiscono l'esito di interazioni trasversali, legate all'azione combinata di una pluralità di variabili. Gli effetti della disabilità, infatti, si riverberano su tutte le dimensioni dell'esistenza umana, innescando richieste assolutamente eterogenee, concernenti salute, assistenza, socializzazione, reddito, ecc. ... L'ordinamento giuridico, quindi, deve assumere quale dato indefettibile la multidimensionalità della persona e dei contesti entro cui si snoda la sua esistenza, creando condizioni che favoriscano una presa in carico globale, in grado di assicurare, per ciascun individuo, opportunità di realizzazione parametrata alle capacità di cui dispone, ai bisogni che sviluppa e alla peculiarità dell'ambiente e delle comunità in cui vive.

15. I livelli essenziali delle prestazioni (L.E.P.) in materia di tutela delle persone con disabilità

Ma quali sono, in concreto, i livelli essenziali di beni, servizi e prestazioni predisposti in favore della persona con disabilità?

La risposta al quesito risiede nell'art. 20, c. 2, della legge n. 42/2009³⁴⁵.

Ai sensi di questa disposizione, infatti, si considerano livelli essenziali quelli ritenuti tali dalla legislazione statale vigente.

Allo stato, dunque, sono livelli essenziali i beni, i servizi e le prestazioni enucleati dal decreto legislativo n. 502/1992³⁴⁶ e dalla legge n. 328/2000³⁴⁷: il primo ha ad oggetto gli standard costituzionali minimi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la seconda quelli di assistenza sociale.

15.1. Il "super livello essenziale": il progetto di vita

Prima di analizzare i livelli essenziali di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale specificamente riferibili alle persone con disabilità, è dirimente porre l'accento su quello che la stessa legislazione vigente³⁴⁸ rappresenta in termini di "super livello essenziale": il progetto

delle Politiche Sociali, *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*, cit., p. 13. Si veda anche E. RANCI ORTIGOSA, *Diritti sociali e livelli essenziali: una sintesi*, in E. RANCI ORTIGOSA (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, Milano, Istituto per la Ricerca Sociale, 2008, pp. 1 ss., soprattutto p. 4.

³⁴⁵ Legge 5 maggio 2009, n. 42, recante "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".

³⁴⁶ D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

³⁴⁷ Legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

³⁴⁸ Art. 22, c. 2, lett. f), della legge n. 328/2000. In tema G. ARCONZO, G. RAGONE, S. BISSARO, *Il diritto delle persone con disabilità al progetto individuale*, in *Le Regioni*, 2020, n. 1, pp. 31 ss.; E. VIVALDI, *Disabilità, autonomia, diritti. Alcune riflessioni a tre anni dall'approvazione della legge n. 112/2016*, cit., soprattutto p. 14 e pp. 23-24; G. LATTI, *Il Progetto personalizza-*

di vita di cui all'art. 18 del decreto legislativo n. 62/2024³⁴⁹ – ampiamente descritto nei paragrafi precedenti (*supra* par. 13).

Questo progetto, redatto all'esito della valutazione multidimensionale, «*individua, per qualità, quantità ed intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche ad eliminare e a prevenire le barriere e ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e per la partecipazione della persona nei diversi ambiti di vita, compresi quelli scolastici, della formazione superiore, abitativi, lavorativi e sociali. Nel progetto di vita sono comprese, altresì, le misure previste a legislazione vigente per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale, nonché gli eventuali sostegni erogabili in favore del nucleo familiare e di chi presta cura ed assistenza*»³⁵⁰.

Si tratta, come evidente, di uno strumento che tiene insieme i vari aspetti della vita quotidiana e che prende in considerazione tutto quello che si sviluppa attorno alla persona (basti pensare, ad esempio, che in esso confluiranno tutti gli altri progetti individuali, dal P.E.I. scolastico al progetto di vita per il Dopo di Noi a quello che era il piano individuale previsto dalla legge n. 328/2000).

Non è detto, ovviamente, che il progetto di vita annoveri tutte le misure funzionali allo sviluppo e alla partecipazione dell'interessato. Alcune di esse, infatti, potrebbero non essere contemplate nell'ambito delle apposite pianificazioni nazionali, regionali e comunali; altre, invece, pur essendo previste da quelle pianificazioni, potrebbero non essere ricomprese nel (già citato) budget di progetto a causa dell'indisponibilità di risorse. Del resto, l'art. 22, c. 2, della legge n. 328/2000 chiarisce espressamente che il progetto di vita, al pari degli altri livelli essenziali, è erogabile esclusivamente «*secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa*». Non va dimenticato, ad ogni modo, che l'art. 31, c. 1, del decreto legislativo n. 62/2024 ha disposto l'istituzione, a decorrere dall'anno 2025, di un Fondo da 25 milioni di euro appositamente dedicato all'implementazione dei “progetti di vita” (dette risorse, tra l'altro, sono aggiuntive rispetto a quelle già destinate al finanziamento del

to tra autodeterminazione ed esigenze di protezione, in *Questione Giustizia*, 2018, n. 3, pp. 27 ss.; G. ARGONZO, *Il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità*, in A. MORELLI, L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e autonomie territoriali*, Torino, Giappichelli, 2014, pp. 266 ss., in particolare pp. 271 ss. Si veda, altresì, P. ADDIS, *Il diritto alla vita indipendente e l'inclusione sociale*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2021, n. 1, pp. 479 ss.

³⁴⁹Sostituisce il progetto di cui all'art. 14 della legge n. 328/2000. Quest'ultimo era inteso a «*realizzare la piena integrazione delle persone con disabilità nell'ambito della vita familiare e sociale nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro* (art. 14, c. 1, della legge n. 328/2000). A tale scopo erano ivi inserite «*le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, i servizi alla persona cui provvede il Comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale [...] e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare*» (art. 14, c. 2, della legge n. 328/2000).

³⁵⁰Art. 18, c. 2, della legge n. 62/2024.

“budget di progetto”, e cioè a quelle provenienti dal “Fondo per la non autosufficienza”, dal “Fondo per i *caregiver* familiari” e dal “Fondo per il Dopo di Noi”).

Vero è, quindi, che il progetto di vita costituisce il presupposto dei percorsi di emancipazione e dei processi di inclusione che la Costituzione predispose in favore delle persone con disabilità; vero è pure, però, che la sua effettività risente della capienza dei bilanci pubblici³⁵¹. Di conseguenza, esso non contiene tutte le misure scientificamente indefettibili ai fini della valorizzazione delle capacità e del soddisfacimento dei bisogni della persona, ma soltanto quelle adottabili nel rispetto di vincoli economico-finanziari predeterminati³⁵². La tutela offerta dal progetto di vita, allora, potrebbe essere soltanto fittizia. Esso, infatti, è un livello essenziale finanziariamente condizionato. Così come tutti i L.E.P., del resto. Senza la garanzia di risorse adeguate progetto di vita e budget di progetto rischiano di essere un “libro dei sogni”. Il cortocircuito potrebbe avere soluzione in sede di compilazione del bilancio, assumendo il legislatore l’indefettibilità costituzionale di tutte le spese serventi alla piena esplicazione della pari dignità sociale³⁵³. L’oggetto del presente scritto non consente di indugiare su un problema di così vasta portata, ma non è difficile intuire che un certo genere di spese dovrebbe essere sottratto a qualsiasi ponderazione economico-finanziaria e assurgere a variabile indipendente rispetto a tutte le altre voci di costo.

15.2. I livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) in materia di disabilità

Posta la “super essenzialità” del progetto di vita, la legislazione vigente garantisce alle persone con disabilità anche specifici livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario³⁵⁴ e socio-sanitario³⁵⁵ – misure che possono essere inserite nel progetto di vita o che possono essere erogate autonomamente.

³⁵¹ Si veda, in tema, F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2020, n. 4, soprattutto pp. 112 ss.

³⁵² Il riferimento è al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, istituito dalla legge n. 449/1997 (art. 59, c. 44) e ridefinito dalla legge n. 328/2000 (art. 20). Si tratta di un fondo che lo Stato destina alle Regioni ai fini dell’attuazione dei livelli essenziali di cui all’art. 22 della legge n. 328/2000. Non finanzia, dunque, specifiche progettualità (se non marginalmente e solo laddove previsto nell’intesa con le Regioni e con le autonomie locali), ma la rete ordinaria di interventi sociali.

³⁵³ C. COLAPIETRO, *L’effettività costituzionale del diritto alla salute nella dimensione multilivello*, in *Diritti Comparati*, 2024, n. 5, pp. 22-23; F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, cit., p. 115.

³⁵⁴ M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalismi (Osservatorio di Diritto Sanitario)*, 2017, pp. 2 ss.; M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 2, pp. 1 ss.; G. CARPANI, *Le garanzie per l’effettività dei LEA: quale ruolo per l’Esecutivo e l’amministrazione statale*, in C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2014, pp. 103 ss.; F.S. FLORIO, *L’evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2014, pp. 53 ss.; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, pp. 81 ss.

³⁵⁵ E. ROSSI, *Il “socio-sanitario”: una scommessa incompiuta?*, in *Rivista AIC*, 2018, n. 2, pp. 1 ss.; IDEM, *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due “materie” difficilmente separabili*, in E. CATELANI, R. TARCHI (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2015, pp. 189 ss.; A. CANDIDO,

Difatti, il d.lgs. n. 502/1992 demanda al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) l'erogazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria (i cosiddetti "L.E.A."), il tutto in conformità alle prescrizioni del Documento di Economia e Finanza (D.E.F.)³⁵⁶.

I L.E.A., specificamente definiti dal d.p.c.m. 12 gennaio 2017³⁵⁷, hanno ad oggetto tre differenti aree di intervento: quella della prevenzione collettiva e della sanità pubblica³⁵⁸, quella dell'assistenza distrettuale³⁵⁹ e quella dell'assistenza ospedaliera³⁶⁰.

Con riguardo a ciascuna di dette aree, il d.p.c.m. indica i beni, i servizi e le prestazioni che costituiscono i livelli essenziali di tutela sanitaria e socio-sanitaria.

Tra le misure citate meritano particolare attenzione quelle contemplate agli artt. 27 e 34, contenutisticamente destinabili alle sole persone con disabilità (e, dunque, potenzialmente inseribili nel progetto di vita).

Più nel dettaglio, nell'area dell'assistenza distrettuale³⁶¹, e con specifico riferimento alle attività di assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale³⁶², il S.S.N. garantisce alle persone con disabilità complesse³⁶³ la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un

Tutela della salute, assistenza sociale e integrazione sociosanitaria: nozioni essenziali, in M. GIONCADA, F. TREBESCHI, P. A. MIRRI, A. CANDIDO (a cura di), *Isee e prestazioni sociali e socio-sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2015, pp. 39 ss.; F. SCARLATTI, *L'integrazione sociosanitaria: la tutela del diritto alla salute e al ben-essere tra riforma costituzionale ed esigenze di governance locale*, in E. ROSSI (a cura di), *Diritti di cittadinanza e nuovo welfare della Toscana*, Padova, Cedam, 2014, pp. 228 ss.; M. BERGO, *Il diritto sociale frammentato*, Padova, Cedam, 2013, pp. 404 ss.; B. BARONI, *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, Giuffrè, 2007, 47 ss.

³⁵⁶ Art. 1, cc. 2-3, del d.lgs. n. 502/1992.

³⁵⁷ D.p.c.m. 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (che abroga il previgente d.p.c.m. 29 novembre 2001).

³⁵⁸ Nell'ambito di tale area di intervento, il S.S.N. garantisce beni, servizi e prestazioni relativi alle seguenti attività: 1) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali); 2) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; 3) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; 4) salute animale e igiene urbana veterinaria; 5) sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori; 6) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche (inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening) nonché sorveglianza e prevenzione nutrizionale; 7) attività medico-legali per finalità pubbliche (art. 2 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017).

³⁵⁹ Nell'ambito di tale area di intervento, il S.S.N. garantisce beni, servizi e prestazioni relativi alle seguenti attività: 1) assistenza sanitaria di base; 2) emergenza sanitaria territoriale; 3) assistenza farmaceutica; 4) assistenza integrativa; 5) assistenza specialistica ambulatoriale; 6) assistenza protesica; 7) assistenza termale; 8) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; 9) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale (art. 3 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017).

³⁶⁰ Nell'ambito di tale area di intervento, il S.S.N. garantisce beni, servizi e prestazioni relativi alle seguenti attività: 1) pronto soccorso; 2) ricovero ordinario per acuti; 3) day surgery; 4) day hospital; 5) riabilitazione e lungodegenza post acuzie; 6) attività trasfusionali; 7) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti; 8) centri antiveleni (art. 36 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017).

³⁶¹ Art. 1, c. 1, lett. b), del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017.

³⁶² Art. 3, c. 1, lett. h), del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017.

³⁶³ La locuzione "persone con disabilità complesse" non è definita dalla legge, ma possono senz'altro essere ritenute tali quelle di cui all'art. 3, c. 3, della legge n. 104/1992 («Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici»).

programma terapeutico e riabilitativo individualizzato, basato sull'impiego di metodi e di strumenti scientificamente validati e integrato da eventuali prestazioni socio-assistenziali correlate³⁶⁴.

Tale programma, così come disciplinato dall'art. 27 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, è attuato mediante l'erogazione ambulatoriale e domiciliare di trattamenti medici, di trattamenti psicologici e psicoterapeutici e di trattamenti riabilitativi.

I trattamenti medici, a propria volta distinti in specialistici, diagnostici e terapeutici, hanno ad oggetto la valutazione diagnostica multidisciplinare, la definizione, l'attuazione e la verifica del programma terapeutico e riabilitativo individualizzato, la gestione delle problematiche mediche specialistiche e il relativo monitoraggio, le consulenze specialistiche, la collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali, semiresidenziali e residenziali nonché la collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Viceversa, i trattamenti psicologici e psicoterapeutici comprendono i colloqui psicologico-clinici, la psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo, i colloqui di orientamento, di *training* e di sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi, i gruppi di sostegno e gli interventi sulla rete sociale formale e informale.

I trattamenti riabilitativi, infine, annoverano l'abilitazione e la riabilitazione estensive, gli interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana, la collaborazione e la consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e per l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado e gli interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi preordinati all'inserimento lavorativo³⁶⁵.

Ancora nell'area dell'assistenza distrettuale³⁶⁶, ma stavolta con riferimento alle attività di assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale³⁶⁷, il S.S.N. garantisce a tutte le persone con disabilità l'erogazione di trattamenti riabilitativi basati sull'impiego di metodi e di strumenti scientificamente validati³⁶⁸.

Tali trattamenti, così come positivizzati all'art. 34 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, si distinguono in residenziali e semiresidenziali.

³⁶⁴ Art. 27, c. 1, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017.

³⁶⁵ Il programma terapeutico e riabilitativo individualizzato è integrato dall'erogazione di prestazioni socio-assistenziali che rispondano ai bisogni (non socio-sanitari) emersi in sede di valutazione multidisciplinare (art. 27, c. 2, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017).

³⁶⁶ Art. 1, c. 1, lett. b), del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017.

³⁶⁷ Art. 3, c. 1, lett. i), del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017.

³⁶⁸ Art. 34, c. 1, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017.

I primi hanno ad oggetto la riabilitazione intensiva³⁶⁹, quella estensiva³⁷⁰ e la riabilitazione sociale finalizzata al recupero e al mantenimento delle abilità funzionali residue³⁷¹.

I secondi, invece, sono circoscritti alla riabilitazione estensiva³⁷² e a quella sociale³⁷³. Inoltre, nell'ipotesi in cui i trattamenti suddetti siano erogati all'estero, è previsto, per le sole persone con disabilità grave, il concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore³⁷⁴.

³⁶⁹I trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva sono rivolti a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, le quali, in ragione della gravità e della complessità del quadro clinico, richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere nonché un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore (art. 34, c. 1, lett. a, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017). La loro durata non supera di norma i 45 giorni (a meno che la valutazione multidimensionale successiva all'espletamento dei trattamenti non rilevi il persistere di un bisogno riabilitativo intensivo) e il loro costo è interamente imputabile al S.S.N. (art. 34, c. 2, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017).

³⁷⁰I trattamenti residenziali di riabilitazione estensiva sono rivolti a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali non stabilizzate, le quali, in ragione di una potenziale recuperabilità funzionale, richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno un'ora giornaliera e un moderato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore (art. 34, c. 1, lett. b, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017). La loro durata non supera di norma i 60 giorni (a meno che la valutazione multidimensionale successiva all'espletamento dei trattamenti non rilevi il persistere di un bisogno riabilitativo estensivo) e il loro costo è interamente imputabile al S.S.N. (art. 34, c. 2, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017).

³⁷¹I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di recupero e di mantenimento delle abilità funzionali residue sono rivolti a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate e sono erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità. (art. 34, c. 1, lett. c, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017). Qualora siano riferiti a persone con disabilità gravi, richiedenti un elevato impegno assistenziale e tutelare, è imputata al S.S.N. una percentuale pari al 70% del loro costo giornaliero; qualora siano invece riferiti a persone con disabilità non gravi, richiedenti un moderato impegno assistenziale e tutelare, ad essere imputata al S.S.N. è soltanto una percentuale pari al 40% del loro costo giornaliero (art. 34, c. 2, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017).

³⁷²I trattamenti semiresidenziali di riabilitazione estensiva sono rivolti a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali non stabilizzate, le quali, in ragione di una potenziale recuperabilità funzionale, richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno un'ora giornaliera (art. 34, c. 3, lett. a, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017). La loro durata non supera di norma i 60 giorni (a meno che la valutazione multidimensionale successiva all'espletamento dei trattamenti non rilevi il persistere di un bisogno riabilitativo estensivo) e il loro costo è interamente imputabile al S.S.N. (art. 34, c. 4, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017).

³⁷³I trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi di recupero e di mantenimento delle abilità funzionali residue sono rivolti a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate e sono erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità, eventualmente anche in laboratori e centri occupazionali appositamente dedicati (art. 34, c. 3, lett. b, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017). Tali trattamenti sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera (art. 34, c. 4, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017).

³⁷⁴Art. 34, c. 5, del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017. Le modalità di concorso alle spese sono disciplinate dall'art. 2, c. 1, del d.p.c.m. del 1° dicembre 2000, in ordine al quale i costi relativi agli alberghi e alle strutture sono interamente equiparati a quelli della degenza ospedaliera qualora non sia prevista l'ospedalizzazione in costanza di ricovero (per le ospedalizzazioni in costanza di ricovero, invece, le spese di soggiorno dell'accompagnatore possono essere riconosciute solo dietro dichiarazione, da parte della struttura ospedaliera, della necessità di presenza dell'accompagnatore durante la fase di degenza). In particolare, le Regioni e le Province autonome partecipano ai costi suddetti sulla base della situazione economica del nucleo familiare interessato, riconoscendo un concorso pari al 100% di tutte le spese (di soggiorno e non) se l'I.S.E.E. del nucleo familiare è inferiore ad € 8.000, pari all'80% di tutte le spese (di soggiorno e non) se l'I.S.E.E. del nucleo familiare è compreso tra € 8000 ed € 13000 e pari all'80% delle sole spese di soggiorno se l'I.S.E.E. del nucleo familiare è superiore ad € 13000.

I beni, i servizi e le prestazioni di cui agli artt. 27 e 34 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 sono a carico del S.S.N.³⁷⁵ e, rilevazioni alla mano³⁷⁶, la spesa loro destinata ammonta a 3,15 miliardi di euro, pari a circa il 3% delle risorse complessivamente stanziata per l'erogazione dei L.E.A. I dati a disposizione escludono la regolarità geografica dell'erogazione, dal momento che la distribuzione di risorse è molto disomogenea all'interno delle stesse aree territoriali³⁷⁷. Nondimeno, a livello aggregato è possibile desumere che i *setting* assistenziali maggiormente finanziati sono i trattamenti residenziali di riabilitazione (il 39,1% della spesa) e i trattamenti medici domiciliari e ambulatoriali (38,7%)³⁷⁸.

In conclusione va annotato che costituiscono L.E.A. destinati alle persone con disabilità anche le misure sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 60 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, e cioè le prestazioni di diagnosi precoce, cura e trattamento individualizzato riservate alle persone con disturbi dello spettro autistico. Tali misure sono finanziate dal "Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico", che la legge di stabilità 2016 ha appositamente istituito presso il Ministero della Salute (art. 1, cc. 401- 402, della legge n. 208/2015).

Resta inteso che i L.E.A. sono garantiti nei limiti della programmazione economica nazionale³⁷⁹, il che impone di reiterare i sopra citati interrogativi sulla compatibilità tra essenzialità di una tutela e condizionamento finanziario della stessa.

³⁷⁵Vale la pena ricordare, a riguardo, che lo Stato, ogni anno, determina il fabbisogno sanitario nazionale standard, e cioè l'ammontare globale di risorse necessario al finanziamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie. Tale fabbisogno è finanziato dalle seguenti fonti: 1) entrate proprie delle AA.UU.SS.LL. (ticket e ricavi derivanti dall'attività *intra moenia*); 2) fiscalità generale delle Regioni (I.R.A.P. e addizionale regionale all'I.R.P.E., entrambe calcolate mediante l'applicazione delle aliquote base nazionali, e dunque al netto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali); 3) compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano (le quali contribuiscono al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti descritte nei punti precedenti – fa eccezione la Regione siciliana, per la quale, a far data dall'anno 2009, è fissata un'aliquota di compartecipazione nella misura del 49,11% del fabbisogno sanitario, così come disposto dall'art. 1, c. 830, della legge n. 296/2006); 4) bilancio dello Stato (compartecipazione all'I.V.A., accise sui carburanti e Fondo Sanitario Nazionale). I summenzionati finanziamenti, così come complessivamente individuati, sono ripartiti tra le Regioni alla luce dei rispettivi fabbisogni sanitari. Il riparto è effettuato in sede di Conferenza Stato-Regioni, previa proposta dal Ministero della Salute, ed è successivamente recepito con delibera del C.I.P.E. A propria volta, le Regioni distribuiscono la loro quota di finanziamento tra le AA.UU.SS.LL. del territorio, le quali, come noto, erogano beni, servizi e prestazioni riconducibili ai L.E.A. La distribuzione delle risorse alle singole AA.UU.SS.LL. tiene conto sia della mobilità passiva (e cioè dei residenti che si curano in strutture di altre AA.UU.SS.LL. territoriali o di altre Regioni) sia della mobilità attiva (e cioè dei non residenti che si curano nelle AA.UU.SS.LL. territoriali finanziate). Inoltre, le Regioni finanziano le AA.UU.SS.LL. sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai D.R.G.) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

³⁷⁶I dati riportati nel testo sono tratti da ISTAT, *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni*, cit., pp. 137, ove sono campionate e analizzate le rilevazioni tratte dai "Modelli di Rilevazione dei Livelli di Assistenza degli Enti del S.S.N.", espressamente compilati dagli enti del S.S.N. e resi disponibili nella Banca Dati Amministrazioni Pubbliche (B.D.A.P.) della Ragioneria Generale dello Stato. Tali rilevazioni attengono all'anno 2017 e sono le uniche di cui esiste una rendicontazione integrata.

³⁷⁷L. PELLICCIA, *L'assistenza del S.S.N. per il disabili: livello degli interventi e spesa*, in *Welforum.it*, 30 gennaio 2019.

³⁷⁸*Ibidem*.

³⁷⁹Art. 3 della legge n. 833/1978; art. 1, c. 3, del d.lgs. n. 502/1992; art. 1, c. 1, d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

15.3. I livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di disabilità (L.E.P.S. o LIV.E.A.S.)

I livelli essenziali determinati dal legislatore statale non attengono ai soli settori sanitario e socio-sanitario.

Concernono, altresì, l'ambito dell'assistenza sociale.

Così come i L.E.A., anche i livelli essenziali di assistenza sociale (i cosiddetti "L.E.P.S." o "LIV.E.A.S.") sono per la gran parte determinati attraverso disposizioni di legge antecedenti all'entrata in vigore della riforma del Titolo V. Il punto di partenza, come detto sopra, è la legge n. 328/2000, ove sono individuate tutta una serie di tutele socio-assistenziali minime. Tali tutele, però, sono per la gran parte destinate alle persone con disabilità che siano al contempo non autosufficienti, e cioè impossibilitate a svolgere autonomamente le attività essenziali della vita quotidiana³⁸⁰ e che, pertanto, richiedano l'assistenza permanente e continuativa di un'altra persona³⁸¹.

Tra di esse figurano, anzitutto, le misure economiche atte a favorire la vita autonoma e la permanenza presso il domicilio, espressamente richiamate all'art. 22, c. 2, lett. b), della legge n. 328/2000³⁸². L'art. 2, c. 1, del d.p.c.m. 17 ottobre 2022³⁸³ specifica che queste misure hanno ad oggetto contributi di sollievo e assegni di cura in favore dei *caregiver*, bonus per prestazioni di assistenza socio-sanitaria, prestazioni di tregua dall'assistenza (sostituzione temporanea nell'assistenza o ricoveri temporanei in strutture residenziali), prestazioni di sostegno psicologico nonché attività di formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disabilità grave e gravissima. Gli interventi in disamina³⁸⁴ sono finanziati da due fondi appositi, entrambi denominati "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare"³⁸⁵. Altri livelli essenziali a tutela della non autosufficienza sono previsti dall'art. 22, c. 2, lett. g), della legge n. 328/2000 e concernono sia i servizi di assistenza domiciliare, di sollievo e di supporto sia gli interventi di inserimento presso famiglie, comunità e strutture. Le

³⁸⁰Tra le attività essenziali della vita quotidiana rientrano: nutrirsi, lavarsi, vestirsi, deambulare autonomamente, ecc. ...

³⁸¹Non è detto che una persona con disabilità sia anche non autosufficiente o che una persona non autosufficiente presenti anche una disabilità (basti pensare alle persone molto anziane o ai bambini).

³⁸²Art. 22, c. 2, lett. b), della legge n. 328/2000.

³⁸³D.p.c.m. 17 ottobre 2022, recante "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare per l'anno 2022".

³⁸⁴Le priorità di intervento, e dunque le misure in concreto finanziate, sono indicate all'interno del "Piano Nazionale per la Non Autosufficienza", il quale è soggetto ad un aggiornamento triennale (si veda, a riguardo, il d.p.c.m. 3 ottobre 2022, recante "Adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024") ed è a propria volta inserito all'interno del "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali".

³⁸⁵Il primo Fondo, afferente allo stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato istituito dalla legge di bilancio 2018 con una dotazione annuale di 20 milioni di euro (art. 1, cc. 254-256, della legge n. 205/2017). Tuttavia, la legge di bilancio 2019 ha incrementato tale dotazione di 5 milioni di euro annui (art. 1, cc. 483-484, della legge n. 145/2018). Il secondo Fondo, invece, afferisce allo stato di previsione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed è stato istituito dalla legge di bilancio 2021 con una dotazione di 30 milioni annui (art. 1, c. 334, della legge n. 178/2021). La legge di bilancio 2022, però, ne ha disposto un rifinanziamento pari a 50 milioni di euro annui (II sezione della legge n. 234/2021).

relative coperture sono a carico del “Fondo per la non autosufficienza”³⁸⁶ e del “Fondo per le politiche in favore delle persone affette da disabilità”³⁸⁷. Tuttavia, pur a fronte degli stanziamenti in esame, annualmente corrisposti a Regioni e Comuni ai fini dell’erogazione, il legislatore statale non ha mai chiarito quali sono beni, servizi e prestazioni atti a inverare i L.E.P.S. di cui all’art. 22, c. 2, lett. g), della legge n. 328/2000³⁸⁸. Ne consegue che le modalità di erogazione di tali tutele risultano essere territorialmente disomogenee³⁸⁹. In altre parole, nel differire *ad libitum* l’esercizio delle proprie prerogative legislative, lo Stato ha concorso alla deresponsabilizzazione budgetaria, organizzativa e gestionale delle Regioni e dei Comuni, i quali hanno finito per programmare e finanziare interventi del tutto insufficienti e spesso inidonei allo scopo³⁹⁰.

Menzione a parte meritano le persone con disabilità grave che siano al contempo non autosufficienti e prive di sostegno familiare.

Ad esse, infatti, sono specificamente riferibili i livelli socio-assistenziali essenziali di cui all’art. 22, c. 2, lett. f), della legge n. 328/2000, i quali hanno ad oggetto la realizzazione di centri socio-riabilitativi, comunità-alloggio e strutture di accoglienza continuativa³⁹¹.

Tali L.E.P.S., tra l’altro, sono stati ulteriormente messi a fuoco dalla legge n. 112/2016³⁹² e dal d.m. 23 novembre 2016³⁹³.

Più nel dettaglio, le normative citate qualificano in termini di livelli essenziali i percorsi programmati di accompagnamento per l’uscita dal nucleo familiare di origine e per la dei-

³⁸⁶Tale Fondo è stato istituito dalla legge finanziaria 2007 (art. 1, c. 1264, della legge n. 296/2006). Le risorse sono aggiuntive rispetto a quelle che Regioni e autonomie locali destinano per il finanziamento di beni, servizi e prestazioni riferibili alle persone non autosufficienti. La dotazione finale del Fondo per il 2022 è pari a 822 milioni di euro.

³⁸⁷L’art. 1, c. 330, della legge n. 160/2019 (la legge di bilancio 2020) ha istituito nello stato di previsione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali un fondo denominato “Fondo per la disabilità e la non autosufficienza”, con una dotazione di 29 milioni di euro per il 2020, di 200 milioni per il 2021 e di 300 milioni a decorrere dal 2022. La legge n. 234/2021 (la legge di bilancio 2022) ha modificato la denominazione del Fondo in “Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità” (art. 1, c. 654, lett. g.) e lo ha trasferito presso lo stato di previsione del Ministero dell’Economia e delle Finanze, riducendone l’ammontare a 200 milioni di euro (art. 1, c. 178).

³⁸⁸Tali non sono, infatti, i beni, i servizi e le prestazioni elencati all’art. 1, cc. 162-168, della legge n. 134/2021 (la legge di bilancio 2022), fruibili esclusivamente dagli anziani non autosufficienti (e non, dunque, delle persone con disabilità).

³⁸⁹Così come i LIVE.A.S. di cui all’art. 22, c. 2, lett. b), anche quelli di cui alla lett. g) sono erogati in conformità alle priorità di intervento individuate dal “Piano Nazionale per la Non Autosufficienza”. Tuttavia, le modalità di erogazione dei primi sono specificamente elencate all’interno del d.p.c.m. 17 ottobre 2022, con la conseguenza che, in relazione ad essi, il “Piano Nazionale per la Non Autosufficienza” può indicare in dettaglio beni, servizi e prestazioni prioritariamente finanziabili. Le modalità di erogazione dei secondi, invece, non sono mai state specificate, di talché, nell’individuare le relative priorità di finanziamento, il “Piano Nazionale per la Non Autosufficienza” finisce per essere poco intellegibile, con inevitabili ripercussioni a livello regionale e locale.

³⁹⁰R. SPEZIALE, *Legge n. 328/2000 e politiche per le persone con disabilità. A che punto siamo?*, in *Welforum.it*, 17 novembre 2020.

³⁹¹C. CASTEGNARO, E. GNAN, *Dopo di noi e budget di progetto. La legge n. 112/2016 alla prova delle Regioni*, in *Welforum.it*, 13 luglio 2021.

³⁹²Legge 22 giugno 2016, n. 112, recante “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”.

³⁹³D.m. 23 novembre 2016, recante “Requisiti per l’accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l’anno 2016”.

stutuzionalizzazione, gli interventi di supporto alla domiciliarietà (non solo nell’abitazione di origine, ma anche in gruppi-appartamento o soluzioni di *co-housing* che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare), i programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile nonché gli interventi di realizzazione di soluzioni alloggiative innovative (anche mediante il pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi) e di permanenza temporanea in soluzioni abitative extra-familiari³⁹⁴.

Nelle more di una puntuale indicazione dei beni, dei servizi e delle prestazioni che garantiscano attuazione ai L.E.P.S. suddetti, il d.m. 23 novembre 2016 dispone che gli stessi siano inverati attraverso le seguenti misure: soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare nonché soluzioni alloggiative extra-familiari, che riproducano un ambiente abitativo e relazionale di tipo familiare, che offrano ospitalità a non più di 5 persone, che siano caratterizzate da spazi accessibili, sicuri e riservati, che siano ubicate in zone residenziali (o comunque non isolate) e che dispongano di tecnologie domotiche, di connettività sociale e di *ambient assisted living*³⁹⁵.

Le misure in disamina, erogate in conformità alle priorità di intervento statuite dal “Piano per la Non Autosufficienza”, sono finanziate attraverso il “Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” (il cosiddetto “Fondo Dopo di Noi”)³⁹⁶. In ogni caso, la legge n. 328/2000 non si limita a determinare i L.E.P.S. della non autosufficienza.

Invero, l’art. 22, c. 2, lett. f), annovera tra i livelli essenziali anche gli interventi per la piena inclusione delle persone con disabilità.

Detti interventi hanno genericamente ad oggetto la vita familiare e sociale, i percorsi di istruzione scolastica e professionale e l’avviamento al lavoro.

Al momento, tuttavia, nessuna legge dello Stato qualifica in termini di L.E.P.S. le tutele afferenti a tali àmbiti.

A onor del vero, la legge di bilancio 2022 ha disposto l’adozione di decreti ministeriali che individuino beni, servizi e prestazioni da erogare in relazione ai livelli essenziali per la piena inclusione delle persone con disabilità³⁹⁷. Quei decreti, però, non sono ancora stati adottati.

³⁹⁴ Art. 2, c. 2, della legge n. 112/2016 e art. 3 del d.m. 23 novembre 2016.

³⁹⁵ Art. 5, c. 5, del d.m. 23 novembre 2016.

³⁹⁶ Il Fondo è stato appositamente istituito dall’art. 3, c. 1, della legge n. 112/2016. È stato il decreto-legge n. 86/2018 ad attribuire al Presidente del Consiglio (ovvero al delegato Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia) la titolarità ad emanare, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il decreto di attuazione e di riparto delle risorse (per l’appunto il d.m. 23 novembre 2016).

³⁹⁷ «169. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con uno o più decreti del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto col Ministro dell’Economia e delle Finanze, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, sono definiti i L.E.P.S., negli altri àmbiti del sociale diversi dalla non autosufficienza, con riferi-

E ciò sebbene lo stesso legislatore statale abbia previsto finanziamenti appositi. Tali sono, infatti, il “Fondo per l’inclusione delle persone con disabilità”³⁹⁸, il “Fondo per l’Alzheimer e per le demenze”³⁹⁹, il “Fondo per l’inclusione delle persone sorde e con ipoacusia”⁴⁰⁰, il “Fondo per l’assistenza all’autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità”⁴⁰¹, il “Fondo di solidarietà comunale”⁴⁰² e il “Fondo per l’accessibilità turistica”⁴⁰³.

mento alle aree di intervento e ai servizi già individuati ai sensi dell’art. 22, cc. 2 e 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328. [...] 170. In sede di prima applicazione sono definiti i seguenti L.E.P.S., individuati come prioritari nell’ambito del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, [...]: a) pronto intervento sociale; b) supervisione del personale dei servizi sociali; c) servizi sociali per le dimissioni protette; d) prevenzione dell’allontanamento familiare; e) servizi per la residenza fittizia; f) progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente» (art. 1, cc. 169-170, della legge n. 134/2021, da non confondere, assolutamente, con le previsioni di cui ai cc. 162-168, aventi ad oggetto i livelli essenziali riferibili ai soli anziani non autosufficienti, e dunque non ai disabili non autosufficienti).

³⁹⁸ L’art. 34, cc. 1-2, del d.l. n. 41/2021 (il cosiddetto “Decreto Sostegni”) ha disposto l’istituzione di tale Fondo presso lo stato di previsione del Ministero dell’Economia e delle Finanze, con una dotazione di 100 milioni di euro per l’anno 2021. La legge di bilancio 2022 (art. 1, cc. 183-184) ha incrementato la dotazione di 50 milioni di euro per l’anno 2022 e di 50 milioni di euro per l’anno 2023. Le modalità di riparto delle risorse anzidette sono disciplinate dal d.p.c.m. 29 novembre 2021, recante “Riparto delle risorse afferenti al Fondo per l’inclusione delle persone con disabilità”. Il Fondo è preposto alla realizzazione e alla riqualificazione di infrastrutture e di strutture semiresidenziali nonché all’erogazione di servizi di sostegno e di servizi di inclusione lavorativa e sportiva.

³⁹⁹ L’art. 1, cc. 331-332, della legge n. 178/2020 (la legge di bilancio 2021) ha istituito tale Fondo presso lo stato di previsione del Ministero della Salute, con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascun anno dal 2021 al 2023. I criteri e le modalità di riparto dello stesso sono individuati dal d.m. 23 dicembre 2021, recante “Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l’Alzheimer e per le demenze”. Il Fondo è destinato al finanziamento delle linee di azione previste dalle Regioni e delle Province autonome in applicazione del “Piano Nazionale Demenze”, e in particolare delle strategie di promozione e di miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali. Inoltre, esso è preposto al finanziamento di apparecchiature sanitarie finalizzate al potenziamento della diagnosi precoce.

⁴⁰⁰ L’art. 1, cc. 456-458, della legge n. 145/2018 (la legge di bilancio 2019) ha istituito tale Fondo presso lo stato di previsione del Ministero dell’Economia e delle Finanze. La dotazione inizialmente prevista è stata di 3 milioni per il 2019, 1 milione per il 2020 e 3 milioni per il 2021; la legge di bilancio 2021 ha elevato la dotazione annuale a 4 milioni di euro (si ricorda, inoltre, che la medesima legge ha autorizzato la spesa di un milione di euro per l’anno 2021 al fine di sostenere l’Ente Nazionale per la Protezione e l’Assistenza dei Sordomuti). Il d.p.c.m. 6 marzo 2020 ha definito i criteri e le modalità per l’utilizzo delle risorse del Fondo. Il Fondo è volto alla realizzazione di progetti sperimentali per la diffusione di servizi di interpretariato in Lingua dei Segni Italiana (L.I.S.), al finanziamento del videointerpretariato a distanza e all’acquisto di tecnologie innovative finalizzate all’abbattimento delle barriere alla comunicazione.

⁴⁰¹ L’art. 1, c. 179, della legge n. 134/2021 (la legge di bilancio 2022) ha istituito tale Fondo presso lo stato di previsione del Ministero dell’Economia e delle Finanze, con una dotazione di 100 milioni di euro a decorrere dal 2022 (70 milioni da destinare a Regioni, Province e Città metropolitane e 30 milioni ai Comuni). L’art. 5-bis del d.l. n. 228/2021 ha incrementato di 100 milioni di euro annui il Fondo.

⁴⁰² Tale Fondo è stato istituito dall’art. 1, c. 380, della legge n. 228/2012 (la legge di stabilità 2013), alla luce di quanto disposto dai cc. 380 e ss. della medesima legge, i quali hanno attribuito ai Comuni l’intero gettito dell’I.M.U. (fatta eccezione per quello derivante dagli immobili ad uso produttivo destinato allo Stato). Il “Fondo di solidarietà comunale” sostituisce l’originario “Fondo sperimentale di riequilibrio comunale”, introdotto dal d.lgs. n. 23/2011 in attuazione della legge n. 42/2009. È specificamente destinato al finanziamento dei Comuni, anche con finalità perequative, e la sua dotazione annuale è definita per legge. L’art. 1, c. 174, della legge n. 234/2021 (la legge di bilancio 2022) ha preordinato una quota delle risorse del Fondo al finanziamento del trasporto degli studenti con disabilità privi di autonomia che frequentano la scuola dell’infanzia, quella primaria e quella secondaria di 1° grado. L’assegnazione, progressivamente crescente, è pari a 30 milioni di euro per l’anno 2022, a 50 milioni per il 2023, a 80 per il 2024, a 100 per il 2025, a 100 per il 2026 e a 120 milioni di euro a decorrere dall’anno 2027.

⁴⁰³ L’art. 1, cc. 176 e 177, della legge n. 234/2021 (la legge di bilancio 2022) ha istituito tale Fondo presso il Ministero del Turismo, con una dotazione pari a 6 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2022 al 2024. Esso è destinato alla realizzazione di interventi per l’accessibilità turistica delle persone con disabilità.

Ne consegue che l'individuazione di beni, servizi e prestazioni da erogare in riferimento ai L.E.P.S. per la piena inclusione delle persone con disabilità finisce per essere sostanzialmente rimessa alla discrezionalità dei singoli Comuni, con evidenti ripercussioni in termini di disomogeneità territoriale dell'erogazione. D'altronde, se alla previsione di uno stanziamento non fa seguito la definizione delle modalità di erogazione dello stesso, l'assegnatario è legittimato ad impiegarlo nelle forme da esso stesso prescelte – nei limiti, ovviamente, delle finalità perseguite *ex lege*.

Alla definizione delle modalità di erogazione dei livelli essenziali di cui all'art. 22, c. 2, lett. f), della legge n. 328/2000 concorre anche il P.N.R.R., che preordina le linee di intervento della Missione "Inclusione e coesione" (Missione 5) alla socializzazione delle persone con disabilità.

Più nel dettaglio, la Componente "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" (Componente 2), che è parte della Missione anzidetta, destina al finanziamento dei L.E.P.S. sopra citati tre investimenti specifici: "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" (Investimento 1.1), "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" (Investimento 1.2) e "*Housing* temporaneo e stazioni di posta" (Investimento 1.3)⁴⁰⁴.

Questi investimenti, che nel complesso ammontano a 1,45 miliardi di euro, hanno ad oggetto la dimensione sociale dell'assistenza territoriale e sono preposti alla riconversione delle R.S.A. in gruppi di appartamenti dotati delle tutele necessarie alla permanenza in sicurezza, al rafforzamento dei servizi sociali domiciliari e alla fornitura di dispositivi I.C.T. Siffatti interventi, tra l'altro, sono complementari a quelli finanziati nell'ambito della Missione "Salute" (Missione 6), che funzionalizza la Componente "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (Componente 1) al rafforzamento dell'assistenza sanitaria e delle misure territoriali ad essa correlate⁴⁰⁵.

15.4. Nuovi L.E.A. e nuovi L.E.P.S. in arrivo?

Un importante impulso alla disciplina dei L.E.P.S. è stato recentemente dato dalla legge di bilancio 2023⁴⁰⁶, che ha funzionalizzato la determinazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza all'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'art. 116, c. 3, Cost.⁴⁰⁷.

⁴⁰⁴Più nel dettaglio F. MASCI, *P.N.R.R., delega al Governo in materia di disabilità e legge di bilancio 2022: per un paradigma di tutela costituzionale che garantisca la riduzione del "disability divide"*, cit., pp. 119-121.

⁴⁰⁵Gli investimenti che afferiscono alla Componente "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" della Missione "Salute" sono tre: "Case della Comunità e presa in carico della persona" (Investimento 1.1), "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" (Investimento 1.2) e "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Investimento 1.3). L'ammontare di finanziamento per i tre investimenti in disamina è pari a 7 miliardi di euro.

⁴⁰⁶Legge 29 dicembre 2022, n. 197 (in particolare art. 1, cc. 791-800).

⁴⁰⁷Per tale intendendosi l'attribuzione, alle Regioni a statuto ordinario, di forme e condizioni particolari di autonomia nelle materie di legislazione concorrente e in alcune materie di legislazione esclusiva dello Stato. Sull'autonomia regionale differenziata, tra le voci più recenti, C. BUZZACCHI, *Se questo è regionalismo*, in *LaCostituzione.info*, 6 febbraio

Il legislatore statale, infatti, ha subordinato l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni di autonomia regionale all'individuazione di un nucleo invalicabile di prestazioni che garantisca il pieno superamento dei divari territoriali⁴⁰⁸.

A tal proposito ha disposto l'istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, di una Cabina di regia⁴⁰⁹ che:

- 1) effettui una ricognizione della normativa statale e delle funzioni esercitate dallo Stato e dalle Regioni in ciascuna delle materie di cui all'art. 116, c. 3, Cost.;
- 2) effettui una ricognizione della spesa che lo Stato ha sostenuto, in ogni Regione, con riguardo alle materie di cui all'art. 116, c. 3, Cost.;
- 3) individui le materie o gli àmbiti di materie riferibili ai L.E.P.;
- 4) determini i L.E.P.⁴¹⁰.

A supporto della Cabina di regia, con funzioni essenzialmente istruttorie, è stato istituito il Comitato tecnico scientifico per la determinazione dei L.E.P. (CLEP)⁴¹¹, composto da 56 membri⁴¹² e articolato in 11 sottogruppi⁴¹³.

2023; O. CHESSA, *In tema di "autonomia differenziata": sui profili procedurali del DDL Calderoli come "legge generale di attuazione"*, in *Astrid rassegna*, 2023, n. 5, pp. 1 ss.; R. DI MARIA, *La procedura per la attuazione del c.d. "regionalismo differenziato": dalla marginalizzazione delle assemblee elettive e degli Enti locali, alla perplessa definizione dei L.E.P.*, in *Italian Papers on Federalism*, 2023, n. 1, pp. 30 ss.; M. GORLANI, *Regionalismo differenziato e materie oggetto di trasferimento: valutazioni politiche e criticità tecniche, organizzative e finanziarie*, in *Italian Papers on Federalism*, 2023, n. 1, pp. 46 ss.; G.M. NAPOLITANO, *Finalmente i livelli essenziali delle prestazioni sociali? La legge di bilancio 2022 tra ambiguità e nuovi sviluppi*, in *Diritti regionali*, 2023, n. 1, pp. 51 ss.; M. PODETTA, *Il tentativo di attuazione dell'autonomia differenziata: dal disegno di legge Calderoli alla legge di bilancio per il 2023*, in *Consulta online*, 2023, n. 2, pp. 353 ss.; G. M. SALERNO, *Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere dell'autonomia differenziata*, in *Federalismi*, 2023, n. 1, pp. 4 ss.; L. SPADACINI, *L'autonomia differenziata: considerazioni a margine del disegno di legge Calderoli e delle disposizioni della legge di bilancio per il 2023*, in *Federalismi*, 2023, n. 10, pp. 218 ss.; S. STAIANO, *Salvare il regionalismo dalla differenziazione dissolutiva*, in *Federalismi*, 2023, n. 7, pp. 1 ss.; L. VIOLINI, *Una forma di Stato a regionalismo differenziato? Percorsi e argomenti per l'attuazione dell'art. 116, III co., Cost.*, Torino, Giappichelli, 2021, pp. 1 ss.; G. TARLI BARBIERI, *L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, Costituzione: procedure e prospettive*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, pp. 125 ss.; E. GIANFRANCESCO, *L'attuazione dell'art. 116, c. 3, Cost. tra nodi problematici e prospettive evolutive del regionalismo italiano*, in *Italian Papers on Federalism*, 2019, n. 2, pp. 1 ss.; D. MONE, *Autonomia differenziata come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, c. 3 cost., conforme a Costituzione*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 1, pp. 1 ss.;

⁴⁰⁸Art. 1, c. 791, della legge n. 197/2022.

⁴⁰⁹Presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri e costituita dai Ministri competenti, dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dal Presidente dell'U.P.I. e dal Presidente dell'A.N.C.I. (art. 1, c. 792, della legge n. 197/2022).

⁴¹⁰Art. 1, c. 793, della legge n. 197/2022.

⁴¹¹D.p.c.m. 23 marzo 2023, "istitutivo del Comitato tecnico-scientifico per l'individuazione dei L.E.P. (CLEP)".

⁴¹²Originariamente i componenti erano 61.

⁴¹³Originariamente i sottogruppi erano 10, ciascuno competente per le materie di cui all'art. 116, c. 3, Cost. Tuttavia, dal momento che l'art. 117, c. 2, lett. m), Cost. configura la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni come una competenza statale attinente a tutta la legislazione, ai 10 sottogruppi iniziali ne è stato aggiunto un undicesimo, al quale è stata demandata l'analisi di tutte le materie ulteriori rispetto a quelle di cui al sopra citato art. 116, c. 3, Cost.

I sottogruppi, distinti per aree tematiche⁴¹⁴, hanno lavorato sulla base di metodologie comuni.

La prima fase dei lavori ha contemplato tre differenti attività: individuazione delle materie, degli àmbiti di materie e delle funzioni riferibili ai L.E.P.⁴¹⁵, definizione dei criteri da utilizzare per la determinazione dei L.E.P.⁴¹⁶ e simulazione di ipotesi di L.E.P.⁴¹⁷. Le risultanze di queste attività, esaminate dal C.L.E.P. nella seduta plenaria del 19 luglio 2023, sono state trasfuse in due rapporti, ai quali sono stati associati un elenco riassuntivo e un quadro sinottico⁴¹⁸.

I documenti in oggetto hanno costituito il presupposto per una seconda fase di lavori, volta alla redazione delle proposte di L.E.P. da trasmettere alla Cabina di regia e alla Commissione tecnica per i fabbisogni standard. Questa fase si è protratta sino al mese di ottobre

⁴¹⁴ Aree tematiche principali: Tutela e sicurezza del lavoro. Previdenza complementare e integrativa (sottogruppo n. 2); Istruzione. Norme generali sull'istruzione. Tutela e valorizzazione beni culturali e promozione o organizzazione attività culturali (sottogruppo n. 3); Ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; ordinamento della comunicazione (sottogruppo n. 4); Tutela della salute. Alimentazione. Ordinamento sportivo (sottogruppo n. 5); Protezione civile. Governo del territorio (sottogruppo n. 6); Porti e aeroporti civili. Grandi reti di trasporto e di navigazione (sottogruppo n. 7); Produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia. Tutela dell'ambiente e dell'ecosistema e valorizzazione dei beni ambientali (sottogruppo n. 8), C.L.E.P., *Comitato tecnico scientifico con funzioni istruttorie per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Rapporto finale*, Roma, 2023, p. 38.

⁴¹⁵ La prima fase dei lavori dei sottogruppi ha consentito di distinguere le materie per le quali è necessario determinare i livelli essenziali delle prestazioni e quelle per cui tale necessità è esclusa. Sono rientrate tra le esclusioni le materie dell'art. 117, c. 3, Cost. che riguardano: i rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; il commercio con l'estero; le professioni; la protezione civile; la previdenza complementare e integrativa; il coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; le casse di risparmio, le casse rurali e le aziende di credito a carattere regionale; gli enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. In buona sostanza, dai lavori dei sottogruppi risulta che sono state escluse materie che: 1) non sono configurabili come prestazioni in favore dei cittadini perché attengono a funzioni regolatorie e di controllo; 2) non sono associabili alla tutela dei fondamentali diritti civili e sociali; 3) non contemplano spazi di autonomia legislativa e funzioni amministrative che possano esigere la determinazione di livelli essenziali.

⁴¹⁶ Criteri metodologici per la determinazione dei L.E.P.: 1) determinare i livelli essenziali delle prestazioni, non delle fruizioni; 2) determinare livelli essenziali nel senso di soglia minima, in modo che non possano offrirsi prestazioni inferiori; 3) ove già individuati o implicitamente individuabili, partire dai livelli essenziali di assistenza, dei servizi sociali o di altro tipo; 4) determinare i livelli in modo che non vi siano eccessive disparità tra i diversi settori; 5) nel caso di dubbi, valutare ed esporre diverse opzioni, in modo che possano produrre idee o proposte, anche alternative; 6) determinare i livelli essenziali delle prestazioni in modo che possano esservi affiancate le indicazioni della spesa storica e dei fabbisogni; 7) tenere distinti i livelli essenziali delle prestazioni dagli standard di servizio, che devono essere determinati dalle singole amministrazioni; 8) fare riferimento ai diritti civili e sociali quali identificati nei due capi della Costituzione dedicati ai rapporti civili e sociali e agli altri articoli della prima parte della Costituzione che possano essere rilevanti; 9) ove l'elemento è rilevante nelle norme, considerare aspetti quale quello del finanziamento, dell'accessibilità o della distanza dal punto di erogazione della prestazione, delle modalità di prestazione del servizio; 10) indicare i livelli essenziali offerti sia dallo Stato sia dagli enti territoriali sia dagli enti privati, nella misura in cui questi siano finanziati dai poteri pubblici; 11) considerare separatamente le ipotesi nelle quali la norma disponga l'obbligatorietà della fruizione dei privati, *ivi*, pp. 9-10.

⁴¹⁷ Siffatte simulazioni sono state ispirate dall'idea che nella prima fase dei lavori occorresse essere massimamente esaustivi e che l'eventuale conferma dei L.E.P. determinati a mo' di esercizio dovesse essere demandata ad approfondimenti successivi, *ivi*, pp. 10-11.

⁴¹⁸ Tali documenti, tra l'altro, sono stati trasmessi al Ministro per gli Affari Regionali e per le Autonomie, il quale, in data 3 agosto 2023, li ha depositati presso la I Commissione del Senato per l'esame in sede referente del disegno di legge n. 615, recante "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione" (è questa la cornice normativa entro cui sono inseriti il procedimento di determinazione dei L.E.P. e il trasferimento delle funzioni e delle corrispondenti risorse umane, finanziarie e strumentali).

e si è conclusa con l'elaborazione di un Rapporto finale, recante le proposte definitive di ciascun sottogruppo.

Sta ora alla Cabina di regia decidere quali di esse assurgeranno al rango di L.E.P.

Nell'ambito di questo processo decisionale si inserisce espressamente l'art. 37 del decreto legislativo n. 62/2024. Difatti, stando alla disposizione in disamina, il Dipartimento per le politiche in materia di disabilità procede, in accordo con la Commissione tecnica per i fabbisogni standard e con la Cabina di regia, all'individuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale da destinare alle persone con disabilità. Inoltre, il medesimo Dipartimento verifica, di concerto con la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei L.E.A., le modalità di integrazione tra gli anzidetti livelli essenziali di assistenza sociale e i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria di cui al d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

Non resta, dunque, che attendere i prossimi sviluppi.

16. Quali prospettive per il futuro?

Allo stato, i percorsi di emancipazione e i processi di inclusione predisposti dal legislatore nei confronti delle persone con disabilità non possono dirsi in linea con i paradigmi di sviluppo e di partecipazione auspicati dal Costituente.

Le ragioni di quest'asimmetria sono essenzialmente tre:

- 1) la tardiva normativizzazione della "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" (I.C.F.);
- 2) la faticosa, e comunque incompleta, determinazione dei livelli essenziali (L.E.P.);
- 3) e l'indisponibilità di risorse.

Da qui l'impossibilità di garantire la presa in carico tempestiva, globale e continuativa di coloro che si trovano in condizioni di fragilità e, di riflesso, l'impossibilità di promuovere quel minimo di coesione sociale necessario a contrastare le crescenti forme di marginalità esistenziale.

Le richiamate criticità attestano l'indifferibilità di nuovi sistemi di protezione, che inseriscano la persona all'interno di circuiti emancipativo-inclusivi basati sulla piena esplicazione della pari dignità sociale. Tali circuiti devono necessariamente sottendere un approccio olistico alla salute e un modello biopsicosociale di disabilità, i soli paradigmi in grado di riflettere la multidimensionalità delle capacità e dei bisogni della persona. Per dirsi effettivi, quindi, sviluppo e partecipazione non possono prescindere da una piattaforma integrata di tutele, estesa ed omogenea lungo l'intero territorio nazionale, connessa in modo esplicito a L.E.A. e L.E.P.S.

Dirimente, in proposito, sarà la specificazione dei beni, dei servizi e delle prestazioni in cui si sostanziano le tutele predisposte in favore delle persone con disabilità; così come, del resto, saranno fondamentali l'indicazione dei finanziamenti e della relativa distribuzione territoriale nonché la definizione delle modalità di erogazione delle misure finanziate. Tutto questo, ovviamente, per far sì che i soggetti attuatori non abbiano incertezze orga-

nizzative, gestionali e budgetarie ed evitino inerzie, ritardi e difformità in fase di erogazione⁴¹⁹.

L'attuazione del programma costituzionale in materia di disabilità passa attraverso la realizzazione degli interventi in disamina, ma anche attraverso la responsabilizzazione delle persone senza disabilità, chiamate a concorrere alla nascita e alla manutenzione di un apparato di tutele che garantisca equità, pari opportunità e contrasto alle disuguaglianze. Le missioni del P.N.R.R., la delega legislativa in materia di disabilità, i relativi decreti attuativi e gli appostamenti delle ultime leggi di bilancio sembrano procedere in tal senso, ma non è bene illudersi, perché la revisione del sistema non è cosa fatta. Del resto, dinanzi a modifiche di tale portata si corrono sempre gli stessi rischi: il primo è quello di cedere alla fascinazione di una riforma epocale, che finirebbe per arenarsi tra “rivoli” di decreti attuativi e “secche” dovute all'assenza di risorse; il secondo è quello di accontentarsi di una sintesi al ribasso, che si risolverebbe in una tendenziale riaffermazione dello *status quo*⁴²⁰. L'auspicio è che si raggiungano in breve gli obiettivi minimi (recepimento normativo dell'I.C.F. e determinazione dei L.E.P.), quantomeno per avere una base su cui innestare successive ma comunque ineludibili tutele.

⁴¹⁹È indubbio, poi, che i circuiti emancipativo-inclusivi basati sulla piena esplicazione della pari dignità sociale postulino la revisione dei paradigmi che regolano i rapporti tra i soggetti pubblici e privati tenuti ad attuare la nuova piattaforma integrata di tutele. È necessario, in particolare, ripensare gli schemi di sussidiarietà verticale ed orizzontale entro cui operano i molteplici attori impegnati nel *welfare*, muovendo da una distinzione chiara delle funzioni attribuite a ciascuno di essi. Ed è necessario, altresì, adottare un modello di *governance* che coinvolga attivamente, in regime sussidiario e di amministrazione condivisa, il Terzo settore. Soltanto in tal modo, infatti, la cooperazione tra pubblico e privato potrà acquisire carattere permanente, paritario e fattivo. A ciò dovranno concorrere, in maniera collaterale, le forme alternative di *welfare*, a partire da quello aziendale, chiamato ad operare in via integrativa nell'ambito di un quadro erogatorio predefinito, tarato sull'omogeneità e sulla qualità prestazionali.

⁴²⁰Può offrire spunti in tema S. PASQUINELLI, *Non autosufficienza, disabilità e PNRR: 6 modi per non cambiare nulla*, in *Welforum.it*, 16 giugno 2021.

