



8 GENNAIO 2020

La tutela costituzionale della persona disabile

di Fabio Masci

Dottorando di ricerca in Diritto Costituzionale
Università degli Studi dell'Adriatico "G. d'Annunzio", Pescara-Chieti

La tutela costituzionale della persona disabile *

di Fabio Masci

Dottorando di ricerca in Diritto Costituzionale
Università degli Studi dell'Adriatico "G. d'Annunzio", Pescara-Chieti

Abstract [It]: Il presente saggio si propone d'inquadrare la posizione della persona disabile all'interno dell'ordinamento costituzionale italiano, evidenziando l'incidenza dei principi personalistico, pluralistico e solidaristico. A tal proposito, si fanno propri gli orientamenti dominanti della scienza medica e di quella sociale, sottolineando come la loro introiezione giuridica concorra alla tutela costituzionale della persona in indagine. A fronte dell'esame di detti orientamenti, e in ragione dell'affermazione del cosiddetto "modello biopsicosociale" (che sonda la disabilità in termini cumulativamente biologici, psicologici e sociali), si contesta la disorganicità della normativa italiana e si pone l'accento sul ruolo giocato dalla Corte costituzionale nello sviluppo del citato modello. Infine, si prospettano alcune soluzioni – legislative e interpretative – circa la definizione di paradigmi giuridici (ma anche definitivi) che garantiscano tutela effettiva alla persona disabile.

Abstract [En]: This essay aims to frame the position of the disabled person within the Italian constitutional order, highlighting the incidence of personalistic, pluralistic and solidarity principles. In this regard, the dominant orientations of medical and social science are adopted, underlining how their legal introjection contributes to the constitutional protection of the person under investigation. In view of the examination of these guidelines, and because of the affirmation of the so-called "biopsychosocial model", which approaches disability in cumulatively biological, psychological and social terms, the disparity of Italian legislation is contested and emphasis is placed on the role played by the Constitutional Court in the development of the aforementioned model. Finally, some solutions are proposed – legislative and interpretative – regarding the definition of legal paradigms that guarantee effective protection for the disabled person.

Sommario: 1. La tutela costituzionale della disabilità; 2. Una questione linguistica; 3. L'incidenza della scienza medica sulla definizione giuridica dei fenomeni indagati; 3.1 Le classificazioni mediche delle malattie come antesignane delle classificazioni mediche di disabilità e handicap; 3.2 La Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH-1 o ICIDH 80); 3.3 La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF); 3.4 La definizione giuridica della disabilità alla luce della definizione medica dell'ICF; 4. L'incidenza degli approcci sociologici sulla definizione giuridica dei fenomeni indagati; 4.1 L'approccio "medico-individualista"; 4.2 L'approccio "sociale"; 4.3 L'approccio "biopsicosociale"; 5. Quali definizione giuridica alla luce delle classificazioni mediche e degli approcci sociologici?; 6. Tra ambiguità linguistica e disorganicità normativa; 7. La disorganicità normativa italiana alla luce dell'affermazione del modello biopsicosociale di disabilità; 7.1 L'"inabile", l'"infortunato", il "malato", l'"invalido e il "minorato" nella Costituzione italiana; 7.2 L'"invalido" nella legge 30 marzo 1971, n. 118; 7.3 L'"invalido" e l'"inabile" nella legge 12 giugno 1984, n. 222; 7.4 La "persona handicappata" nella legge 5 febbraio 1992, n. 104; 7.5 La "persona disabile" nella legge 12 marzo 1999, n. 68; 7.6 La "persona con disabilità" nella legge 3 marzo 2009, n. 18; 8. Il ruolo della giurisprudenza costituzionale nell'affermazione di una tutela personalista della disabilità; 8.1 Il più recente intervento della Corte costituzionale in materia di disabilità; 9. Proposte *de iure condendo*

* Articolo sottoposto a referendum.

1. La tutela costituzionale della disabilità

La presente trattazione si propone d'inquadrare la posizione della persona disabile all'interno dell'ordinamento costituzionale italiano¹.

A tal fine, e nell'intento di addivenire a una rappresentazione del fenomeno che valorizzi il sinottico operare dei principi personalistico, pluralistico e solidaristico, si premette la necessità di richiamare illuminanti precedenti dottrinari in materia di disabilità.

Sviluppando l'esposta premessa, è dirimente muovere dalla riflessione di Ainis², che ha dedicato un noto saggio all'emancipazione dei "soggetti deboli"³.

Orbene, attesa l'eterogeneità di detti soggetti⁴, l'Autore non ha tardato a evidenziarne la condivisa "diversità", ovvero una comune divaricazione dai parametri di "normalità sociale"⁵.

Per quel che attiene all'odierno scritto, e come rimarcato dallo stesso Ainis⁶, l'accennata "diversità" necessita di uno statuto giuridico differenziato, o, più specificamente, di un disegno di giustizia sociale che supplisca all'inadeguatezza delle forme di tutela tradizionale.

In sintesi, i soggetti in disamina – che annoverano anche i disabili – sono «*titolari di interessi deboli, non pienamente garantiti, dunque diseguali rispetto ad altre categorie di consociati ... perciò portatori di una domanda di eguaglianza*»⁷.

E allora, prendendo le mosse dall'affermazione che precede, è prioritario chiedersi in cosa si sostanzia quel disegno di giustizia sociale sotteso allo sviluppo libero ed eguale dei soggetti deboli.

Ebbene, anche nel rispondere al citato interrogativo, giova riferirsi a un'altra riflessione, ancor più se riferita alla tutela costituzionale delle persone disabili.

Nella specie, il riferimento è a una celebre monografia di Colapietro: "Diritti dei disabili e Costituzione".

Sulla falsa riga dello scritto di Ainis⁸, e in relazione al dispiegamento di un'effettiva protezione nei confronti dei soggetti deboli, l'Autore ha rilevato che «*il "riconoscimento" e la "garanzia" dei diritti dei disabili*

¹ Il saggio è esito di un soggiorno di studi e ricerche svolto lo scorso autunno ad Heidelberg, presso il "Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law", sotto la supervisione del Prof. Armin von Bogdandy e della Prof.ssa Anne Peters, che ringrazio sentitamente per le opportunità offertemi e per il fervido confronto quotidiano. Altrettanto sentitamente, ringrazio gli amici Davide Paris, Giacomo Rugge e Angelo Jr Golia, che hanno saputo suggerirmi letture e approfondimenti importanti.

² Esplicito, nel saggio, è il riferimento alla "rivoluzione promessa" di Calamandrei. In proposito, P. CALAMANDREI, *Questa nostra Costituzione*, Milano, 1995, p. 8.

³ M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Politica del diritto*, n. 1/1999, pp. 25 ss.

⁴ In particolare, nel porre in essere una ricognizione della categoria, vi ha incluso malati, disoccupati, extracomunitari e stranieri, ma anche detenuti, militari e studenti bisognosi, e ancora donne, bambini, anziani e poveri, *ivi*, pp. 25-26.

⁵ *Ivi*, p. 26.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ivi*, p. 28.

⁸ Oltre che Ainis, le riflessioni di Colapietro richiamano espressamente M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in *Democrazia e diritto*, n. 1/1995, p. 560; C. MEZZANOTTE, *Intervento*, in *I diritti fondamentali oggi*, Padova, 1995, p. 144; N. OCCHIOCUPO, *Liberazione e promozione umana nella Costituzione. Unità di valori nella pluralità di posizioni*, Milano 1995, p.

(art. 2 Cost.) per il conseguimento di quella “pari dignità sociale” (art. 3 al. Cost.) che consente il “pieno sviluppo della persona umana” (art. 3 cpv. Cost.) trovano un saldo fondamento proprio in quel parametro espansivo offerto dalla Costituzione e rappresentato dalla pienezza dello sviluppo della persona. Attraverso l’espansività del suddetto parametro costituzionale ... a venire in evidenza è proprio il riconoscimento in favore dei cc.dd. soggetti deboli – quali appunto le persone con disabilità – di quei diritti alla riduzione delle disuguaglianze, condizione imprescindibile “per realizzare il loro diritto ad avere pari opportunità”⁹.

Così declinati¹⁰, «i diritti fondamentali entrano ... “in una dimensione nuova ... quella della partecipazione effettiva di tutti alla vita economica, politica e sociale del Paese”, che si esprime nelle forme dei principi personalistico, pluralistico e solidaristico (art. 2 Cost.), la cui effettiva realizzazione non può tuttavia prescindere dal principio di eguaglianza sostanziale accolto dall’art. 3, 2° comma, Cost. Questi fa dell’impegno a rimuovere le disuguaglianze di fatto e le condizioni di subaltermità sociale ... un tratto caratterizzante della forma di Stato della democrazia pluralistica»¹¹.

In conformità all’esposta ricostruzione, la tutela costituzionale dei disabili¹² – che muove dalla garanzia dei diritti inviolabili e dalla promozione della dignità umana¹³ – tende all’inclusione del singolo ed è preordinata alla rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona¹⁴.

59; A. D’ALLOIA, *Introduzione. I diritti come immagini in movimento: tra norma e cultura costituzionale*, in IDEM (a cura di), *Diritti e Costituzione. Profili evolutivi e dimensioni inedite*, Milano, 2003, pp. 14 ss.; F. MODUGNO, *I diritti del consumatore: una nuova «generazione» di diritti?*, in *Scritti in onore di Michele Scudiero*, III, Napoli, 2008, p. 1371.

⁹ C. COLAPIETRO, *Diritti dei disabili e Costituzione*, Napoli, 2011, pp. 13-15.

¹⁰ In argomento, Colapietro mutua riflessioni tratte da F. MODUGNO, *I nuovi diritti nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995, p. 107; C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e libertà*, in F. MODUGNO (a cura di), *Lineamenti di diritto pubblico*, Torino, 2010, pp. 549 ss.

¹¹ *Ivi*, pp. 58-60.

¹² U. DE SIERVO, *Libertà negative e positive*, in R. BELLI (a cura di), *Libertà inviolabili e persone con disabilità*, Milano, 2000, p. 35; F. FURLAN, *La tutela costituzionale del portatore di handicap*, in C. CATTANEO (a cura di), *Terzo settore, statualità e solidarietà sociale*, Milano, 2001, pp. 243 ss.; S. TROILO, *I “nuovi” diritti sociali: la parabola dell’integrazione scolastica dei disabili*, in www.forumcostituzionale.it, 2016, pp. 2-3.

¹³ Sul tema, C. ESPOSITO, *Eguaglianza e giustizia nell’art. 3 della Costituzione*, in C. ESPOSITO, *La Costituzione italiana. Saggi*, Padova, 1954, pp. 17 ss.; L. PALADIN, *Eguaglianza (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto*, XIV, Milano, 1965, pp. 375 ss.; P. BISCARETTI DI RUFFIÀ, *Uguaglianza (Principio di)*, in *Novissimo Digesto Italiano*, XIX, Torino, 1973, pp. 1088 ss.; G. FERRARA, *La pari dignità sociale (appunti per una ricostruzione)*, in AA.VV., *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, II, Milano, 1974, p. 1098; A. S. AGRO, *Art. 3, 1° comma*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna-Roma, 1975, pp. 156 ss.; B. CARAVITA, *Art. 3*, in V. CRISAFULLI – L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 1990, pp. 13 ss.; A. CELOTTO, *Art. 3, 1° comma, Cost.*, in R. BIFULCO – A. CELOTTO – M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Torino, 2006, p. 83; F. POLITI, *Il rispetto della dignità umana nell’ordinamento europeo*, Milano, 2006; P. RIDOLA, *La dignità dell’uomo e il “principio libertà” nella cultura costituzionale europea*, in P. RIDOLA, *Diritto comparato e diritto costituzionale europeo*, Torino, 2010.

¹⁴ Il principio personalista, che postula il riconoscimento e la garanzia dei diritti inviolabili, permea la Costituzione nella sua interezza e precipita nel pieno e incondizionato sviluppo della persona umana, M. MAZZIOTTI DI CELSO, *La nuova Costituzione italiana. Principi fondamentali e diritti e doveri dei cittadini*, in *Archivio Giuridico*, 1948, pp. 138 ss.; V. CRISAFULLI, *Individuo e società nella Costituzione italiana*, in *Rivista di diritto del lavoro*, 1954, p. 73; A. BARBERA, *Art. 2*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna-Roma, 1975, pp. 50 ss.; A. BALDASSARRE, *Diritti inviolabili* (voce), in *Enciclopedia Giuridica Treccani*, Roma, 1989, 20 ss.; P. RIDOLA, *Libertà e diritti nello sviluppo storico del costituzionalismo*, in R. NANIA – P. RIDOLA (a cura di), *I Diritti costituzionali*, I, Torino, 2001, p. 51; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali*, Padova, 2003, p. 7; N. OCCHIOCUPO, *Costituzione, persona umana, mercato concorrenziale*, Torino, 2010; M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, in *Studi in onore di Franco Modugno*, IV, Napoli 2011, pp. 3163 ss.; A.

L'impostazione in discorso, consolidata dalla doverosa solidarietà della compagine sociale¹⁵, postula l'effettiva esplicazione del principio di eguaglianza¹⁶ e libera la persona disabile da quegli stati di bisogno che ne compromettono la partecipazione politica, economica e sociale.

In altri termini, il combinato disposto degli articoli 2 e 3 della Costituzione funzionalizza l'ordinamento all'emancipazione dei soggetti deboli, favorendo, anche attraverso la propulsione di una società "complice", il godimento libero ed eguale dei diritti inviolabili.

La cogenza di questo volto personalista, che anela alla socializzazione della disabilità, si erge a principio incomprimibile, mediando, per altro verso, anche l'impatto dei vincoli di bilancio di cui all'articolo 81 della Carta costituzionale¹⁷.

Così modulato, il combinato osmotico di dignità, eguaglianza sostanziale e garanzia dei diritti inviolabili ha legittimato l'emersione del sostrato ordinamentale antropocentrico¹⁸, agevolando l'erosione di quell'approccio ermeneutico¹⁹ che traslava l'asse della disabilità sulla dimensione individuale della malattia.

A cagione di quanto asserito, il fenomeno indagato è assurto a responsabilità collettiva²⁰, aprendosi all'incidenza delle variabili socio-ambientali²¹.

In ordine a quanto rilevato, il rapporto tra socializzazione della disabilità ed emancipazione personale del disabile non può che atteggiarsi in termini di proporzionalità diretta, imponendo la predisposizione di tutele costituzionali che insistano, parimenti, sull'individuo in quanto tale e sulla società complessivamente intesa.

RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *Federalismi*, n. 17/2013; P. CARETTI – G. TARLI BARBIERI, *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali* Torino, 2017.

¹⁵ Sulla precettività del dovere di solidarietà, G. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, 1967; A. BARBERA, *Art. 2*, in G. BRANCA – A. PIZZORUSSO (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna-Roma, 1975, p. 117; R. BALDUZZI – M. CAVINO – E. GROSSO – J. LUTHER (a cura di), *I doveri costituzionali: la prospettiva del giudice delle leggi. Atti del convegno di Aquil Terme – Alessandria svoltosi il 9-10 giugno 2006*, Torino, 2007; G. BASCHERINI, *La solidarietà politica nell'esperienza costituzionale repubblicana*, in *Costituzionalismo*, n. 1/2006, pp. 125 ss.

¹⁶ Senza pretese di completezza, ma per un inquadramento generale, P. BARILE, *Il soggetto privato nella Costituzione italiana*, Padova, 1953; C. ROSSANO, *L'eguaglianza giuridica nell'ordinamento costituzionale*, Napoli, 1964, pp. 376 ss.; V. CRISAFULLI, *Individuo e società nella Costituzione italiana*, in *Diritto del lavoro*, n. 1/1954, pp. 73 ss.

¹⁷ F. MASCI, *L'inclusione scolastica dei disabili: inclusione sociale di persone*, in *Costituzionalismo*, n. 2/2017, pp. 133 ss.

¹⁸ Cfr. P. PERLINGIERI, *Principio «personalista», «funzione sociale della proprietà» e servitù coattiva di passaggio*, in *Interpretazione e legalità costituzionale. Antologia per una didattica progredita*, Napoli, 2011, p. 534.

¹⁹ Per integrare, IDEM, *L'interpretazione come sistematica ed assiologica. Il broccardo in claris non fit interpretatio, il ruolo dell'art. 12 disp. prel. c.c. e la nuova scuola dell'esegesi. Scuole tendenze e metodi. Problemi del diritto civile*, Napoli, 1989, pp. 275 ss.

²⁰ O.M.S., *I.C.F. Versione breve. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, 2008, pp. 36-37.

²¹ L. TERZI, *Justice and Equality in Education. A Capability Perspective on Disability and Special Educational Needs*, Londra-New York, 2008, pp. 27 ss.

2. Una questione linguistica

Attesa la sussunzione della persona disabile entro l'esposto paradigma costituzionale, è doveroso definire, anzitutto linguisticamente, i fenomeni di cui si discorre.

Alla più generica delle accezioni, s'intende per "disabilità" – e fungibilmente per "handicap", "invalidità", "inabilità" e "minorazione" – «l'incapacità di provvedere da sé, interamente o parzialmente, alle normali necessità della vita individuale e sociale, determinata da una deficienza, congenita o acquisita, fisica o psichica e da una conseguente incapacità a livello della persona e avente conseguenze individuali, familiari e sociali»²².

L'univoco dispiegarsi dei citati lemmi²³, riconducibile alle fisiologiche semplificazioni della lingua parlata²⁴, tende a derubricare la complessità²⁵ di fenomeni che mal si prestano a riduzionismi linguistici²⁶. Detta complessità²⁷ non è circoscritta alla tipizzazione di un significante²⁸ – e quindi alla distinzione grafica tra "disabilità", "handicap" e lemmi affini – ma si estende all'attribuzione di un significato²⁹ – ovvero alla concettualizzazione (*rectius*, al senso, al valore e al contenuto) di quella distinzione.

Stante siffatta premessa, è innegabile che la scienza giuridica sia chiamata a riflettere sul significante e sul significato delle menzionate unità linguistiche³⁰.

²² (voce) *Handicap*, in M. DOGLIOTTI – L. ROSIELLO (a cura di), *lo Zingarelli. Vocabolario della lingua italiana di Nicola Zingarelli*, XII edizione, Bologna, 1997, p. 806, in cui i citati lemmi sono atteggiati in termini di espressa sinonimia.

²³ Sulla tendenza a confondere "disabilità" e "handicap", O.M.S., *ICF versione breve. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, 2001, pp. 181.

²⁴ In tal senso, S. F. GILSON – E. DEPOY, *Multiculturalism and Disability: a critical perspective*, in *Disability and Society*, vol. 15, fasc. 2, 2000, p. 207.

²⁵ A titolo meramente esemplificativo, sono state ricondotte nell'alveo della disabilità il diabete, l'PHIV, l'Alzheimer, la sterilità, il transessualismo, l'obesità e addirittura l'età avanzata. Per un'analisi dettagliata sul punto, con riferimenti specifici alla giurisprudenza di settore, A. LORENZETTI, *Dis-eguaglianza e disabilità*, in M. DELLA MORTE (a cura di), *La dis-eguaglianza nello Stato costituzionale*, Napoli, 2015, pp. 174-175.

²⁶ Quanto alle plurime declinazioni della "disabilità", 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, fasc. 9, 1999, pp. 1173-1187. Con particolare riferimento all'oggetto della presente trattazione, E. LAMARQUE – M. MASSA, *Fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems*, in EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (a cura di), *Country Report*, 2009, p. 5, dove si afferma che «*The Italian law system contains no single definition of either mental health disorders and intellectual disabilities, or persons affected by them. In the many pieces of legislation dealing with the problems of such persons, different definitions apply to different effects, occasionally with a variety of notions used – sometimes questionably – within a single statute*».

²⁷ F. FERRUCCI, *La disabilità come relazione sociale. Gli approcci sociologici tra natura e cultura*, Soveria Mannelli, 2004, p. 19-20.

²⁸ «*In linguistica, nella definizione di segno formulata da F. de Saussure, l'immagine acustica o visiva, ossia l'elemento formale, la "faccia esterna" del segno (quella interna è il significato) che consente, sul piano della langue, di identificare le sue diverse realizzazioni foniche concrete che si collocano sul piano della parole*», in *La Piccola Treccani. Dizionario enciclopedico*, vol. XI, Roma, 1995, p. 141. Vedi anche, G. LEPSCHY, *Significante/Significato (voce)*, in G. L. BECCARIA (a cura di), *Dizionario di linguistica e di filologia, metrica, retorica*, Torino, 1996, p. 655.

²⁹ «*In linguistica, ciò che si vuol dire pronunciando una frase o una parola, il messaggio cioè che con queste si trasmette. In termini più tecnici, il significato è l'entità del contenuto definita dalla corrispondenza con una determinata forma espressiva fonica o grafica (significante)*», in *La Piccola Treccani. Dizionario enciclopedico*, vol. XI, Roma, 1995, pp. 142-143. Vedi ancora, G. LEPSCHY, *Significato (voce)*, in G. L. BECCARIA (a cura di), *Dizionario di linguistica e di filologia, metrica, retorica*, Torino, 1996, pp. 656-657.

³⁰ «*Il termine "parola", in linguistica, non ammette una definizione unitaria ed esauriente, data l'esistenza di scuole e teorie diverse e contrastanti, e data anche la molteplicità delle accezioni. Nell'uso più comune, tuttavia, s'intende per "parola" la minima unità isolabile*

D'altronde, la rappresentata esigenza è acuita dall'espressa costituzionalizzazione dei fenomeni in discussione.

In proposito, giova ricordare che la Carta fondamentale ha limitato i propri riferimenti all'inabilità, all'invalidità e alla minorazione, non tipizzando – in parte per ragioni storiche³¹ – la disabilità e l'handicap. Dalle esposte considerazioni, e al fine d'inverare il programma costituzionale descritto nel precedente paragrafo, è agevole arguire la necessità di un'*actio finium regundorum* che argini indebite semplificazioni linguistiche³².

E allora, in ordine alle asserzioni di cui sopra, la giuridicizzazione dei fenomeni in commento non può che risiedere nella sintesi di un significante – ovvero la tipizzazione grafica della parola all'interno di atti normativi, sentenze, ecc. ... – e di un significato – e cioè l'interpretazione di quel significante così come tipizzato.

Stando a una disamina più approfondita, è indubbio che detta sintesi abbisogni di paradigmi estranei alla scienza giuridica³³.

Nello specifico, l'introiezione di classificazioni mediche o teorie sociologiche³⁴ – redatte entro il perimetro di studi scientificamente validati – è servente alla strutturazione di un linguaggio giuridico che garantisca effettività alla tutela costituzionale dei menzionati fenomeni³⁵.

all'interno della frase e del discorso, dotata di un significato e di una funzione autonomi e formata da uno o più fonemi (i quali costituiscono, a loro volta, "l'unità minima non ulteriormente analizzabile del significante", in La Piccola Treccani. Dizionario enciclopedico, vol. IV, Roma, p. 786)», in La Piccola Treccani. Dizionario enciclopedico, vol. VIII, Roma, 1995, p. 846.

³¹ Disabilità e handicap sono concetti che hanno una genesi successiva all'entrata in vigore della Costituzione italiana.

³² Vedi, S. BUONO – 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*, n. 1/1999, pp. 94-95.

³³ Sull'introiezione di linguaggi non giuridici, S. AGOSTA, *Tra regole tecnico-scientifiche e trattamenti medici: quel che resta per le fonti del diritto al tempo delle biotecnologie*, in P. BONETTI – A. CARDONE – A. CASSATELLA – F. CORTESE – A. DEFFENU – A. GUAZZAROTTI (a cura di), *Spazio della tecnica e spazio del potere nella tutela dei diritti sociali*, Roma, 2014, pp. 31 ss.; P. Milazzo, *Diritto alla salute e sperimentazione medico-farmacologica, fra norme tecniche, standard internazionali e valutazione etico-amministrativa*, in P. BONETTI – A. CARDONE – A. CASSATELLA – F. CORTESE – A. DEFFENU – A. GUAZZAROTTI (a cura di), *Spazio della tecnica e spazio del potere nella tutela dei diritti sociali*, Roma, 2014, pp. 53 ss.

³⁴ Circa il loro ausilio nell'ambito del sistema scolastico, ma partendo da premesse generali, M. ZOCCARATO, *I sistemi internazionali di classificazione delle disabilità psichiche e comportamentali (prima parte)*, in *Difficoltà di apprendimento: sostegno e insegnamento individualizzato*, n. 1/1996, pp. 79 ss.; M. ZOCCARATO, *I sistemi internazionali di classificazione delle disabilità psichiche e comportamentali (seconda parte)*, in *Difficoltà di apprendimento: sostegno e insegnamento individualizzato*, n. 2/1996, pp. 261 ss. Esemplicando, le campature in esame aiutano a comprendere «come la miopia riduce poco il funzionamento se si hanno a disposizione degli occhiali, mentre può implicare un'elevata mancanza di funzionamento, ovvero un elevato grado di disabilità, senza delle lenti correttive. La capacità di movimento e di autonomia di una persona che cammina con difficoltà e che deve utilizzare un bastone può essere altamente limitata se si trova in un palazzo senza ascensore e magari con una casa in cui la vasca da bagno abbia i bordi alti; viceversa, pur se con una menomazione ben più grave, chi sia paraplegico, ma dotato di una casa attrezzata e di un'automobile disposta alla guida con gli arti superiori può avere una capacità di movimento ben più grande, una più intensa partecipazione alla vita sociale, la possibilità di meglio curare la propria persona e l'igiene», E. COLOMBETTI, *La dipendenza condivisa*, in *Medic*, vol. 21, n. 2/2013, p. 26.

³⁵ Sulla generica opportunità di universalizzare il concetto di "disabilità", M. LEONARDI, *Salute, Disabilità, ICF e Politiche Socio-sanitarie*, in F. FERRUCCI (a cura di), *Disabilità e politiche Sociali*, Milano, 2005, p. 87.

Difatti, come osservato, «*la dimensione giuridica non esaurisce la multiforme problematica dell'handicappato [ovvero del disabile, dell'invalido, dell'inabile o del minorato], per la quale è indispensabile il concorso della medicina, della psicologia, della sociologia, al fine di lumeggiare i vari aspetti e focalizzare i momenti più controversi della figura in esame*»³⁶. Pertanto, «*nel caso della definizione della disabilità [e parimenti dell'handicap, dell'invalidità, dell'inabilità e della minorazione], il processo classificatorio coinvolge (anche) elementi esterni alla dimensione giuridica, in quanto l'esigenza di definire un fenomeno della realtà impone al legislatore (o, in termini più neutri, al soggetto istituzionale competente ad approvare norme giuridicamente vincolanti) di "aprire" valutazioni di natura prettamente normativa ad elementi di carattere extra-giuridico*»³⁷.

In aderenza alle riflessioni che precedono, la presente trattazione si propone di dimostrare come gli orientamenti di altre scienze – in particolar modo mediche e sociali – incidano profondamente sulla definizione giuridica dei fenomeni *de quibus*, concorrendo alla tutela della persona disabile (o handicappata o invalida o inabile o minorata), e quindi all'attuazione del disegno personalista sotteso alla Costituzione italiana³⁸.

3. L'incidenza della scienza medica sulla definizione giuridica dei fenomeni indagati

Date le esposte premesse, e al fine di tipizzare significanti e attribuire significati che recepiscano la multidimensionalità dei fenomeni in commento, l'indagine che s'intende sviluppare sarà preceduta dall'analisi delle variabili mediche e sociali che influenzano la definizione giuridica della disabilità.

Pertanto, a esser sondati nell'immediato prosieguo non saranno oggetti prettamente giuridici, ma elementi tratti da altre scienze, funzionali alla strutturazione di tutele ordinamentali conformi al paradigma costituzionale.

3.1. Le classificazioni mediche delle malattie come antesignane delle classificazioni mediche di disabilità e handicap

Atteso che la giuridicizzazione dei fenomeni in disamina postuli il filtro di altre scienze, è necessario prendere le mosse dai paradigmi medici entro cui detti fenomeni sono sussunti.

³⁶ V. VADALÀ, *La tutela delle disabilità*, Milano, 2009, p. 1.

³⁷ S. PENASA, *Spazio normativo e definizioni. Per una concezione "tridimensionale" delle definizioni normative*, in F. CORTESE – M. TOMASI (a cura di), *Le definizioni nel diritto. Atti delle giornate di studio 30-31 ottobre 2015*, Napoli, 2016, p. 371.

³⁸ Così, M. D'AMICO, *Introduzione. Un nuovo modo di guardare al mondo delle disabilità: la Costituzione inclusiva*, in M. D'AMICO – G. ARCONZO (a cura di), *Università e persone con disabilità. Percorsi di ricerca applicati all'inclusione a vent'anni dalla legge n. 104 del 1992*, Milano, 2013, p. 10. Sul diritto alla socializzazione e qualità di vita del disabile, S. SCAGLIARINI, «*L'incessante dinamica della vita moderna*». *I nuovi diritti sociali nella giurisprudenza costituzionale*, in E. CAVASINO – G. SCALA – G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, 2013, p. 251.

In ordine alla citata impostazione, e dando il là a una ricognizione storica ancor prima che giuridica, il presente sottoparagrafo ripercorre una breve genesi delle classificazioni mediche relative alla disabilità.

A tal proposito, è opportuno precisare che la prima classificazione autonoma delle disabilità e degli handicap risale al 1980, anno in cui fu approvata la Classificazione Statistica Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap, comunemente nota come ICIDH-1 o ICIDH 80.

Sino ad allora, i menzionati fenomeni erano acriticamente trasfusi nelle classificazioni dedicate alle cause di morbosità e di mortalità³⁹.

Quanto a dette ultime, ma a una lettura eminentemente riassuntiva, si rileva che nel 1893 l'Istituto Internazionale di Statistica (ISI) approvò la Classificazione Statistica Internazionale delle Cause di Morte (ICD)⁴⁰.

Nel 1948, in seguito a revisione, l'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS)⁴¹ – supremo organo decisionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁴² – ne emendò il nome in Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi e delle Cause di Morte (pur mantenendo inalterato l'acronimo ICD).

La citata classificazione, che atteggiava in termini di causalità necessaria il rapporto tra morbosità e mortalità, muoveva dal dato eziopatogenetico della malattia e precipitava nella narrazione di tutti gli eventi a esso consequenziali (non solo del decesso)⁴³.

Nel 1990, in seguito a ulteriore revisione, la catalogazione assurse a Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati⁴⁴ (anche in ipotesi fu confermato l'acronimo ICD).

In chiusura di rassegna, si annota che l'undicesima revisione è stata approvata dall'AMS nel maggio del 2019 ed entrerà in vigore il 1° gennaio 2022.

³⁹ Evidenziano l'intima connessione – non solo temporale, ma anche strutturale e finalistica – tra le classificazioni delle cause di morte e quelle delle cause di morbosità, I. M. MORIYAMA – R. M. LOY – A. H. T. ROBB-SMITH, *History of the Statistical Classification of Diseases and Causes of Death*, Washington, 2011, pp. 1-2, ma anche pp. 14-16.

⁴⁰ J. A. HIRSCH – G. NICOLA – G. MCGINTY – R. W. LIU – R. M. BARR – M. D. CHITTLE – L. MANCHIKANTI, *ICD-10: History and Context*, in *AJNR Am J Neuroradiol*, vol. 37, n. 4/2016, p. 596. Sul punto vedi anche, M. GERSENOVIC, *The ICD family of classifications*, in *Methods Inf Med*, n. 34/1995, pp. 172–175; R. JAKOB – B. USTUN – R. MADDEN, *The WHO Family of International Classifications*, in *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, n. 50/2007, pp. 924-931; L. MANCHIKANTI – F. J. FALCO – J. A. HIRSCH, *Necessity and implications of ICD-10: facts and fallacies*, in *Pain Physician*, n. 14/2011, pp. 405 ss.

⁴¹ Sulla composizione, sull'organizzazione e sul funzionamento dell'AMS, nonché sulla natura dei suoi atti, F. ASTONE, *Agenzie specializzate e "funzioni normative globali": il caso della Organizzazione Mondiale della Sanità*, in F. MANGANARO – A. ROMANO TASSONE (a cura di), *Dalla cittadinanza amministrativa alla cittadinanza globale*, Milano, 2005, pp. 143 ss.

⁴² Sull'OMS, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017, pp. 84 ss.; G. L. BURCI, *Global health law*, vol. 1, Cheltenham, 2016.

⁴³ I.S.I., *International list of causes of death*, L'Aia, 1940.

⁴⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Report of the international conference for the tenth revision of the international classification of diseases, September 26–October 2, 1989*, Ginevra, 1986.

Data l'esposta ricostruzione, è doveroso espungere i rilievi funzionali alla presente indagine.

Così come evolutesi nel tempo, e in ragione della scientificità conferitale dall'AMS, l'ICD ha standardizzato un linguaggio medico universalmente riconosciuto.

In particolare, ha codificato malattie, traumatismi e cause di morte, descrivendone eziologia, diagnosi e procedure terapeutiche.

Di converso, non ha espressamente tipizzato e concettualizzato la disabilità.

Assunto quanto precede, e in termini che saranno precisati nel corso della trattazione, le disambiguazioni linguistiche poste in essere da detta classificazione sono prodromiche alla definizione dei fenomeni in commento e impediscono la sovrapposizione – frequentissima nel linguaggio parlato – tra malattia e disabilità.

3.2. La Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH-1 o ICIDH 80)

Sebbene si prestasse a innumerevoli applicazioni, la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati non era funzionale a un'adeguata categorizzazione delle disabilità, degli handicap e dei fenomeni loro affini.

I richiamati limiti applicativi indussero l'OMS a traslare l'asse d'indagine dal dato eziopatogenetico-sintomatologico⁴⁵ alle conseguenze della malattia⁴⁶, ponendo in essere un distinguo tra la patologia e i suoi effetti⁴⁷.

Pertanto, al fine di valorizzare l'autonomia medico-linguistica dei fenomeni in disamina, furono adottati elenchi addizionali che tipizzassero e concettualizzassero disabilità e handicap.

Detti elenchi, preordinati allo sviluppo di una "famiglia di classificazioni"⁴⁸, azionarono un sistema integrato, atto a disciplinare qualsiasi aspetto della salute e dei problemi sanitari a essa correlati.

⁴⁵ Sul punto, E. M. BADLEY, *An introduction to the concepts and classifications of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, in *Disability and Rehabilitation*, vol. 15, fasc. 4, 1993, pp. 161-78; T. B. ÜSTÜN – S. CHATTERJI – J. E. BICKENBACH – R. T. TROTTER II – S. SAXENA, *Disability and Cultural Variation: The ICIDH-2 Cross-Cultural Applicability Research Study*, in T. B. ÜSTÜN – S. CHATTERJI – J. E. BICKENBACH – R. T. TROTTER II – R. ROOM – J. REHM – S. SAXENA (a cura di), *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, Seattle, 2001, pp. 3-19.

⁴⁶ D. PFEIFFER, *The ICIDH and the need for its revision*, in *Disability and Society*, vol. 13, fasc. 4, 1998, pp. 503-523; M. BURY, *A comment on the ICIDH2*, in *Disability and Society*, vol. 15, fasc. 7, 2000, pp. 1073-1077.

⁴⁷ Sul tema, S. SORESI, *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, Bologna, 1998.

⁴⁸ Vedi, O.M.S., *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati – Decima revisione, cit.*, vol. 2, Palmanova, 2016, pp. 3-6.

Nello specifico, l'addenda che definì disabilità e handicap⁴⁹ fu approvata nel 1976 dall'AMS e fu pubblicata nel 1980 con il nome di Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH-1 o ICIDH 80)⁵⁰.

In sintesi, e a una lettura combinata, l'ICD rispondeva alla sequenza “eziologia → patologia → manifestazione clinica”, di converso l'ICIDH-1 si articolava nel flusso “patologia → menomazione → disabilità → handicap”.

Così declinate, le classificazioni in commento acquisirono necessaria complementarità: la prima sussunse le malattie entro specifici paradigmi diagnostico-terapeutici, la seconda ne categorizzò gli effetti.

In particolare, l'ICIDH-1 tipizzò, concettualizzò e assunse a paradigmi classificatori “menomazione”, “disabilità” e “handicap”.

Approfondendo l'indagine, la “menomazione”⁵¹ fu descritta come la perdita o l'anomalia di una funzione o di una struttura (in ambo le ipotesi psicologica, fisiologica o anatomica) cagionata da una patologia.

Fu specificato che si sarebbe potuta manifestare come alterazione transitoria o permanente e che avrebbe potuto coinvolgere arti, organi, tessuti e altre strutture corporee (compresi i sistemi di funzione mentale).

Presentata come disturbo fisico o mentale, fu risolta nell'esteriorizzazione della malattia.

Contigualmente, la “disabilità”⁵² fu configurata come limitazione o mancanza di abilità nello svolgimento di attività considerate alla portata di un normale essere umano.

Fu precisato che si sarebbe potuta inervare in eccessi o carenze prestazionali o comportamentali e che avrebbe potuto presentare natura transitoria o permanente, reversibile o irreversibile, progressiva o regressiva.

Si evidenziò altresì che avrebbe potuto costituire conseguenza diretta di una menomazione o integrare una reazione, soprattutto psicologica, a una menomazione fisica o sensoriale.

Descritta come disturbo personale (la menomazione, come accennato, lo era a livello corporeo o mentale), fu codificata in termini di oggettivazione della menomazione.

Di riflesso, l'“handicap”⁵³ fu prospettato come condizione di svantaggio derivante da una menomazione o da una disabilità.

Fu rappresentato come limite all'assunzione di *status* o ruoli tipici dell'ambiente socio-relazionale di appartenenza.

⁴⁹ Elaborata dal *team* internazionale del Prof. Wood.

⁵⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*, Ginevra, 1980.

⁵¹ *Ivi*, p. 47.

⁵² *Ivi*, p. 143.

⁵³ *Ivi*, p. 182.

In pratica, sostanziosamente la diastasi tra l'effettivo stato di una persona e le aspettative dell'ambiente di appartenenza.

Elevato a disturbo relazionale, traslitterò le conseguenze culturali, sociali, economiche e politiche che menomazione e disabilità determinavano nell'esistenza della persona.

Come deducibile da siffatti rilievi, premessa dell'esposta ricostruzione era l'alterazione di una condizione di salute (e quindi uno stato di malattia).

Detta alterazione si esteriorizzava nella menomazione, si oggettivizzava in una disabilità e si socializzava in un handicap.

Ribadendo quanto sopra asserito, l'ICIDH-1 era sintetizzabile nel flusso unidirezionale, tendenzialmente consequenziale, "patologia → menomazione → disabilità → handicap"⁵⁴.

La linearità dello schema, pur supposta, era apparente e i segmenti sequenziali non erano posti in rapporto di necessaria causalità.

Ne conseguiva che le citate condizioni non fossero automaticamente correlate e che una menomazione potesse determinare handicap in assenza di disabilità o implicare disabilità senza che vi fosse handicap.

A tal proposito, basti pensare alla sindrome di Down (in cui coesistono menomazione, disabilità e handicap), a un'ustione di qualsiasi grado (che potrebbe non comportare compromissioni di abilità), al daltonismo (che non genera handicap alcuno) o alla ludopatia (che non determina menomazione).

Alla luce di siffatta esemplificazione, era evidente che l'ICIDH-1 presentasse limiti definitivi e applicativi.

Difatti, la sequenza "patologia → menomazione → disabilità → handicap", pur funzionale all'autonomizzazione dei concetti *de quibus*, aveva ingenerato molteplici equivoci.

Più nel dettaglio, le frecce che la direzionavano sembravano rappresentare un modello a consequenzialità temporale, che conferiva causalità obbligatoria a conseguenze meramente probabilistiche (e non scientificamente provate).

Eguale critica era l'unidirezionalità del flusso, che contemplava mobilità anteriore (dalla patologia all'handicap), ma non posteriore (dall'handicap alla patologia), escludendo a priori l'esistenza di handicap che sfociassero in patologie.

⁵⁴ Quanto all'operatività di ICIDH-1, S. BUONO – 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*, n. 1/1999, p. 100, che scrivono «Le classificazioni riferite alle tre dimensioni possono essere utilizzate separatamente o in forma congiunta sulla base di specifiche necessità cliniche o statistiche e in relazione a specifici servizi. Orientativamente la classificazione delle "Menomazioni" fa riferimento alle necessità dei servizi di tipo medico; la classificazione delle "Disabilità" risulta principalmente utile per l'elaborazione dei programmi abilitativi-riabilitativi e per la loro verifica; la classificazione degli "Handicap", infine, risponde principalmente alle esigenze assistenziali e dell'integrazione sociale».

Inoltre, sebbene la classificazione sottintendesse riferimenti all'impatto sociale delle conseguenze della malattia, non rilevava alcun nesso di causalità tra ambiente e genesi delle descritte condizioni, assumendo l'immutabilità dei contesti sociali e negando la presenza di barriere e di facilitatori ambientali.

Tra l'altro, la catalogazione ometteva qualsiasi riferimento al funzionamento della persona, rappresentando menomazione, disabilità e handicap come condizioni assolutizzanti, in grado d'incidere negativamente su tutte le aree della vita umana, dalla sfera dello sviluppo individuale a quella della socializzazione.

Stando agli esposti rilievi, era indubbio che l'ICIDH-1 non si fosse rivelata idonea alla sistematizzazione delle conseguenze correlate alle malattie⁵⁵.

Tale considerazione aveva reso indifferibile l'intervento dell'AMS⁵⁶, che nel 2001, dopo aver valutato le bozze Alfa⁵⁷, Beta-1, Beta-2 e Beta-2 *draft version*, approvò la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)⁵⁸, ancor oggi in vigore.

3.3. La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) ha traslato⁵⁹ l'asse classificatorio dalle conseguenze delle malattie alle componenti della salute⁶⁰.

⁵⁵ Illustrano le criticità dell'ICIDH, M. CHAMIE, *The status and use of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, in *World Health Statistics Quarterly*, vol. 43, fasc. 4, 1990, pp. 273-280; E. M. BADLEY, *An introduction to the concepts and classifications of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, in *Disability and Rehabilitation*, vol. 15, fasc. 4, 1993, pp. 161-178; M. C. THURIAUX, *The ICIDH: evolution, status, and prospects*, in *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, fasc. 3, 1995, pp. 112-118; M. F. SCHUNTERMANN, *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) - results and problems*, in *International Journal Rehabilitation Res*, vol. 19, fasc. 1, 1996, pp. 1-11; D. PFEIFFER, *The ICIDH and the need for its revision*, in *Disability and Society*, vol. 13, fasc. 4, 1998, pp. 503-523; M. BURY, *A comment on the ICIDH2*, in *Disability and Society*, vol. 15, fasc. 7, 2000, pp. 1073-1077.

⁵⁶ Per la ricostruzione storica del processo di formazione, M. LEONARDI, *Salute, Disabilità, ICF e Politiche Sociosanitarie*, in *Sociologia e Politiche Sociali*, vol. 8, n. 3/2005, p. 79.

⁵⁷ S. BUONO – T. ZAGARIA, *ICF – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, in *Ciclo Evolutivo e Disabilità/Life Span Disability*, vol. 2, n. 1/2003, p. 126.

⁵⁸ Fu approvata il 22 maggio 2001 dalla 54esima Assemblea Mondiale della Sanità (risoluzione WHA54.21).

⁵⁹ «Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni, ecc. ...) vengono classificate principalmente nell'ICD-10, che fornisce un modello di riferimento eziologico. Nell'ICF, invece, vengono classificati il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute. L'ICD-10 e l'ICF sono pertanto complementari e dovrebbero essere utilizzati insieme. L'ICD-10 fornisce una "diagnosi" delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute e questa informazione si arricchisce delle informazioni aggiuntive offerte dall'ICF relative al funzionamento», O.M.S., *ICF versione breve. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, 2001, pp. 14-15.

⁶⁰ Non deve erroneamente ritenersi che l'ICF sia riferibile alle sole persone con disabilità: detta classificazione, rendicontando gli stati di salute e quelli ad essa correlati, non può che avere applicazione universale (e quindi estesa anche alle persone normodotate), J. E. BICKENBACH – S. CHATTERJI – E. M. BADLEY – T. B. ÜSTÜN, *Models of disablement, universalism and the ICIDH*, in *Social Science and Medicine*, vol. 48, fasc. 9, 1999, pp. 1173-1187.

Il *quid novi* di quest'interversione metodologica risiede nella dicotomia tra funzionamento (dimensione attiva e positiva della salute) e disabilità (speculare volto passivo e negativo), e in particolare nell'incidenza che i fattori contestuali (l'ambiente latamente inteso) esplicano su questa dicotomia⁶¹.

In conformità ai linguaggi dell'ICF, il funzionamento⁶² indica gli aspetti positivi dell'interazione tra una persona con una data condizione di salute psico-fisica⁶³ e i contesti ambientali e personali che accolgono quella condizione.

Al contrario, la disabilità⁶⁴ indica gli aspetti negativi di quell'interazione.

Più nel dettaglio, il significante “funzionamento” sintetizza i significati attribuiti ai significanti “funzione corporea”⁶⁵, “struttura corporea”⁶⁶, “attività individuale”⁶⁷ e “partecipazione sociale”⁶⁸.

Di converso, “disabilità” è un significante ombrello che ricomprende i significati conferiti ai significanti “menomazione”⁶⁹, “limitazione di attività”⁷⁰ e “restrizione della partecipazione”⁷¹.

⁶¹ Specificamente, U. NOCENTINI, *Dall'ICIDH all'ICF: una rivoluzione nella definizione e valutazione della disabilità*, in C. COLAPIETRO – A. SALVIA (a cura di), *Assistenza, inclusione sociale e diritti delle persone con disabilità. A vent'anni dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104. Atti del Convegno internazionale tenutosi presso la Fondazione Santa Lucia IRCCS di Roma e l'Università degli Studi Roma Tre, Facoltà di Scienze Politiche, il 13 e 14 giugno 2012*, Napoli, 2013, pp. 67 ss.; per alcuni rilievi sulla giuridicizzazione del modello biopsicosociale di disabilità, M. BARONE, *Tutela delle persone con disabilità grave: prospettive di ampliamento a partire dalla sentenza n. 213 del 2016 della Corte costituzionale*, in *Osservatorio costituzionale*, n. 2/2007, pp. 5 ss. (anche nelle note).

⁶² O.M.S., *Ult. op. cit.*, p. 181.

⁶³ «È il termine ombrello per malattia (acuta o cronica), disturbo, lesione o trauma. Può inoltre comprendere altre circostanze come la gravidanza, l'invecchiamento, lo stress, un'anomalia congenita o una predisposizione genetica. Le condizioni di salute vengono codificate usando l'ICD-10», *ivi*, p. 181.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ Le funzioni corporee sono «le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse quelle psicologiche. “Corporeo” si riferisce all'organismo umano nella sua interezza, includendo così il cervello. Per questo le funzioni mentali (o psicologiche) sono comprese nelle funzioni corporee. Gli standard per queste funzioni sono quelli considerati come norme statistiche per gli esseri umani», *ivi*, p. 182.

⁶⁶ Le strutture corporee sono «le parti strutturali o anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti classificate secondo i sistemi corporei. Gli standard per queste strutture sono quelli considerati come norme statistiche per gli esseri umani», *ibidem*.

⁶⁷ L'attività «è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Essa rappresenta la prospettiva individuale del funzionamento», *ibidem*.

⁶⁸ La partecipazione «è il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita. Essa rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento», *ibidem*.

⁶⁹ La menomazione «è una perdita o una anomalia nella struttura del corpo o nella funzione fisiologica (comprese le funzioni mentali). Qui il termine “anomalia” viene usato solo ed esclusivamente per indicare uno scostamento significativo rispetto a norme statistiche stabilite (cioè come una deviazione da una media di popolazione nell'ambito di norme standard misurate) e dovrebbe essere utilizzato soltanto in questa accezione», *ivi*, p. 182.

⁷⁰ «Sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività. Una limitazione dell'attività può essere una deviazione da lieve a grave, in termini quantitativi o qualitativi, nello svolgimento dell'attività rispetto al modo o alla misura attesi da persone senza la condizione di salute», *ibidem*.

⁷¹ «Sono problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita. La presenza di una restrizione alla partecipazione viene determinata paragonando la partecipazione dell'individuo con quella che ci si aspetta da un individuo senza disabilità in quella stessa cultura o società», con l'ulteriore precisazione che il costrutto «“restrizione della partecipazione” sostituisce il termine “handicap” usato nella versione dell'ICIDH del 1980», *ivi*, p. 183.

Ampliando l'analisi, sono “fattori contestuali”⁷² i *background* ambientali⁷³ e personali⁷⁴ entro cui si stagliano le richiamate condizioni di salute.

Come anticipato, la tipizzazione grafica di un significante e la concettualizzazione del relativo significato sono funzionali a evitare che le fisiologiche semplificazioni del linguaggio comune rendano intercambiabili dei lemmi che non possono essere considerati tali in ragione di esperienze mediche scientificamente validate.

In ordine all'esposta avvertenza, la nuova classificazione – e prima di essa l'ICIDH – ha provveduto a conferire valenza medico-scientifica ai menzionati lemmi.

Ne consegue, in relazione all'oggetto della presente trattazione, e anticipando considerazioni che saranno sviluppate nel prosieguo, che la scienza giuridica, interfacciandosi con siffatti lemmi, sia tenuta non solo ad attribuir loro il significato proprio dell'ICF, ma anche a positivizzare detto significato attraverso un corretto significante (si pensi, in proposito, all'espunzione del lemma “handicap”⁷⁵, introdotto dall'ICIDH ma sostituito con “restrizione della partecipazione”⁷⁶ nella successiva ICF).

3.4. La definizione giuridica della disabilità alla luce della definizione medica dell'ICF

Dalle considerazioni sin qui emerse è possibile dedurre che la tutela costituzionale dei fenomeni in indagine postuli l'introduzione di paradigmi e linguaggi medici.

Nella specie, l'«*adattamento di strumenti tipicamente impiegati nel mondo medico e della ricerca [garantisce] piena realizzazione all'obiettivo ultimo di tutela e valorizzazione della persona condiviso fra diritto e medicina*»⁷⁷.

Pertanto, al fine d'inverare il disegno personalista tratteggiato dal Costituente, è necessario analizzare le evoluzioni medico-linguistiche che dominano la disabilità e i fenomeni a essa affini.

In particolare, stando all'ICF, il funzionamento è precipitato logico dell'interazione tra funzioni, strutture, attività, partecipazione e facilitatori ambientali.

Specularmente, la disabilità è esito di una complessa relazione tra menomazioni, limitazioni di attività, restrizioni di partecipazione e barriere ambientali.

⁷² «Sono i fattori che nell'insieme costituiscono l'intero contesto della vita di un individuo, e in particolare il background in cui nell'ICF sono classificati gli stati di salute. Ci sono due componenti dei fattori contestuali: i Fattori Ambientali e i Fattori Personali», *ivi*, p. 183.

⁷³ «Costituiscono una componente dell'ICF, e si riferiscono a tutti gli aspetti del mondo esterno ed estrinseco che formano il contesto della vita di un individuo e, come tali, hanno un impatto sul funzionamento della persona. I fattori ambientali includono l'ambiente fisico e le sue caratteristiche, il mondo fisico creato dall'uomo, altre persone in diverse relazioni e ruoli, atteggiamenti e valori, sistemi sociali e servizi, e politiche, regole e leggi», *ibidem*.

⁷⁴ «Sono fattori contestuali correlati all'individuo quali l'età, il sesso, la classe sociale, le esperienze di vita e così via, che non sono attualmente classificati nell'ICF, ma che gli utilizzatori possono inserire nelle loro applicazioni della classificazione», *ibidem*.

⁷⁵ *Ivi*, p. 180.

⁷⁶ *Ivi*, p. 183.

⁷⁷ M. TOMASI, *Genetica e Costituzione. Esercizi di eguaglianza, solidarietà e responsabilità*, Trento, 2019, p. 4.

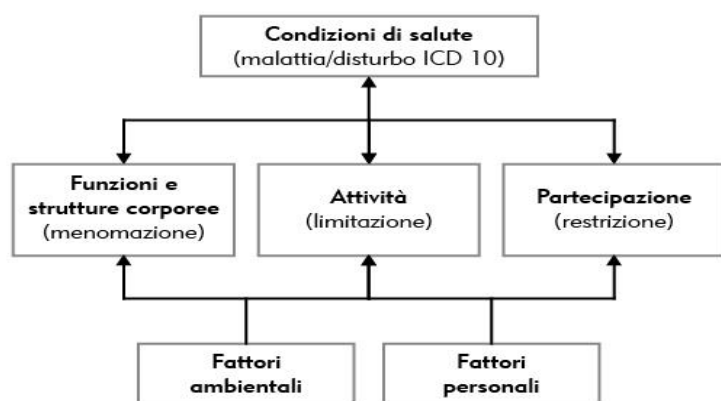
Di conseguenza, e alla più immediata delle considerazioni, al significativo “disabilità” deve essere attribuito un significato che compendi il dato biologico della menomazione, quello comportamentale delle limitazioni di attività e delle restrizioni di partecipazione nonché quello ambientale delle barriere, con la conseguente predisposizione di tutele ordinamentali che insistano su ciascuna delle menzionate variabili. Approfondendo la disamina, è evidente che dette variabili concorrano *pro quota* al procedimento di formazione della disabilità.

In continuità con l’esposto rilievo, non si può escludere che due persone affette dalla medesima patologia presentino un differente grado di disabilità.

Ad esempio, due persone affette da emiparesi del braccio destro possono differenziarsi perché il cambiamento strutturale dell’una è superiore rispetto a quello dell’altra o perché nella Regione di residenza dell’una non sono finanziate prestazioni specializzate di fisioterapia che incidano sulle condizioni di salute.

Pertanto, così come modellata, l’ICF consente di tracciare una profilo personalizzato di ogni paziente, distinguendo le aree di funzionamento – all’interno delle quali può esplicitare positivamente la propria personalità – da quelle di disabilità – su cui invece insistono limitazioni e restrizioni.

Ciò atteso, il diagramma che segue traduce l’interazione tra gli elementi della classificazione.



Come evincibile dal prospetto, l’interazione non è univoca (ovvero prevedibile negli esiti).

Difatti, è possibile che una menomazione non determini limitazioni di attività (si pensi a una cicatrice facciale dovuta a ustione); così com’è verificato che una restrizione di partecipazione non postuli necessaria menomazione (è il caso dello sportivo professionista che, pur recuperando da un grave infortunio fisico, è obbligato ad abbandonare l’attività agonistica); per altro versante, sono identificabili menomazioni che provocano restrizioni di partecipazione ma non limitazioni di attività (il riferimento è alla stigmatizzazione sociale della persona sieropositiva); e ancora, sono numerose le ipotesi in cui

facilitatori ambientali limitano l'impatto disabilitante delle menomazioni (come non pensare al finanziamento pubblico per l'acquisto di supporti motori in favore di persone paralitiche).

Ad ogni modo, e in aderenza a quanto sinora esposto, l'ICF si avvale di un linguaggio scientificamente validato.

In quanto tale, detto linguaggio non è passibile di uso improprio.

E allora, chiamata a disciplinare funzionamento e disabilità, anche la scienza giuridica è obbligata a conformarsi a certe statuizioni.

Se non lo facesse, offrirebbe una rappresentazione non scientifica dei fenomeni in indagine, con evidenti ripercussioni sulla tutela degli stessi.

Si pensi, a tal proposito, ai significanti costituzionali "invalido" e "minorato" o a quello legislativo "handicappato", il cui significato, in assenza di tipizzazioni e concettualizzazioni mediche⁷⁸, deve essere necessariamente mediato dalle risultanze dell'ICF affinché si evitino rappresentazioni giuridiche medicalmente infondate.

4. L'incidenza degli approcci sociologici sulla definizione giuridica dei fenomeni indagati

Come rilevato in precedenza, la disabilità si atteggia a fenomeno composito.

Pertanto, al fine di predisporre tutele che inverino il disegno personalista tratteggiato dal Costituente, la scienza giuridica è tenuta a recepire detta complessità.

Data l'esposta premessa, e in aderenza a quanto sopra, la definizione giuridica del fenomeno postula l'introduzione dei linguaggi dell'ICF.

Difatti, stante la validazione scientifica posta in essere dall'AMS, i significanti e i significati relativi alla disabilità devono attenersi a quanto comprovato dalla scienza medica, *a fortiori* se l'ordinamento è orientato allo sviluppo della persona tutta, rappresentata come sintesi di funzionamento – ovvero autosufficienza nell'esplicazione di sé – e disabilità – intesa come necessità di eguaglianza sostanziale.

Ad ogni modo, quella medica non è la sola scienza che incide sulla rappresentazione giuridica dei fenomeni in indagine.

A tal proposito, non può tacersi l'impatto esercitato dalla sociologia, che nel tempo ha sviluppato una pluralità di riflessioni sulla percezione collettiva della disabilità e sulla sua stereotipizzazione sociale.

Invero, nell'insistere sull'assimilazione sociale del fenomeno, dette riflessioni non possono che contribuire alla strutturazione di una tutela costituzionale personalista.

⁷⁸ In quanto approvato dall'AMS, scientificamente valido è solo il linguaggio dell'ICF, che non tipizza e concettualizza i lemmi di cui si discorre.

E allora, al pari della scienza medica, anche quella sociologica deve essere servente alla predisposizione di adeguate tipizzazioni e concettualizzazioni giuridiche.

Di conseguenza, e in conformità alla direttrice che guida la presente trattazione, a essere analizzati nel prosieguo saranno i principali approcci sociologici in materia di disabilità.

4.1. L'approccio "medico-individualista"

Lungi dal risolversi in un dato esclusivamente medico, le classificazioni dapprima esaminate sottendono specifici approcci sociologici.

In particolare, il passaggio dall'ICIDH all'ICF ha scandito la transizione da un approccio "medico-individualista" a un approccio "biopsicosociale".

Pur difettando di formulazione sistematica⁷⁹, l'impostazione medico-individualista⁸⁰ assume la disabilità in termini di problema medico individuale.

In ordine alla descritta impostazione, il corpo umano è concepito come un sistema perfetto di variabili biologiche⁸¹.

Specularmente, l'alterazione di una o più variabili⁸² genera uno stato di non normalità sistemica, ovvero una patologia.

Pertanto, così declinato, l'approccio in indagine riduce⁸³ la patologia a fenomeno biologico⁸⁴, svincolandone la genesi da qualsiasi variabile psicologica o sociale⁸⁵.

Sussunta entro un paradigma eziologico monocausale, la malattia provoca un *deficit* corporeo, detto *deficit* precipita nell'incapacità di compiere attività e quest'incapacità provoca uno svantaggio sociale.

Per dirla con il linguaggio dell'ICIDH, la patologia è causa di una menomazione, la menomazione determina una disabilità e la disabilità cagiona un handicap.

⁷⁹ P. HANDLEY, *Theorizing Disability: Beyond "Common Sense"*, in *Politics*, n. 23/2003, pp. 109-110. Vedi anche, C. BOORSE, *Disability and Medical Theory*, in D. C. RALSTON – J. HO (a cura di), *Philosophical Reflections on Disability*, Dordrecht, p. 56.

⁸⁰ Su tutti, M. J. OLIVER, *Understanding Disability. From Theory to Practice*, Basingstoke, 1996, p. 31. Più di recente, D. PFEIFFER, *The Philosophical Foundations of Disability Studies*, in *Disability Studies Quarterly*, n. 22/2002, p. 4. Un'importante e attualissima ricognizione è rinvenibile in D. R. PETRETTO – S. VINCI – I. P. TODDE – P. PIRAS – I. PISTIS – C. MASALA, *Conceptual Models of Disability and Their Role in the Daily Routine of Clinical Rehabilitation*, in *Rehabilitation Science*, vol. 2, n. 4/2017, p. 76.

⁸¹ M. G. BERNARDINI, *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*, Torino, 2016, p. 11.

⁸² G. L. ENGEL, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, in *Science, New Series*, vol. 196, n. 4286, p. 130.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ IDEM, *A Unified Concept of Health and Disease*, in *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 3, n. 4/1960, pp. 459-460.

⁸⁵ J. HARRIS, *Is there a coherent social conception of disability?*, in *Journal of Medical Ethics*, n. 26/2000, p. 95. Vedi anche, IDEM, *Is gene therapy a form of eugenics?*, in *Bioethics*, vol. 7, n. 2/1993 p. 180. *Contra*, S. M. REINDAL, *Disability, gene therapy and eugenics – a challenge to John Harris*, in *Journal of Medical Ethics*, n. 26/2000, p. 92.

Ciò atteso, le conseguenze della malattia – così come la malattia stessa – sono assunte in termini di deviazione dalla normalità sistemica⁸⁶ e condizionano, in virtù di un dato meramente biologico⁸⁷, funzioni, strutture, azioni e relazioni della persona.

Difatti, stando all'impostazione medico-individualista, patologia, menomazione, disabilità e handicap azionano una sequenza di progressiva deviazione dagli *standard* di normodotazione e relegano la persona a uno stato di tragica⁸⁸ diversità.

Innanzitutto a questo stato, che ha causa esclusivamente biologica e attiene alla persona in quanto individuo biologicamente diverso, l'operato dei pubblici poteri deve sostanzialmente riproporre il ripristino della normodotazione.

Più nel dettaglio, se la patologia e le sue conseguenze prendono le mosse dall'alterazione di un parametro biologico, la tutela predisposta dall'ordinamento non può che imporre la normalizzazione di quel parametro.

Parimenti, se le diseguaglianze tra persone normodotate e persone non normodotate sono originate da un'anomalia biologica, la loro perequazione non può che risiedere nella rimozione di quell'anomalia.

In sintesi, nel tarare la vita delle persone su un dato *standard* di normalità, l'approccio medico-individualista antepone gli interventi medico-sanitari all'accomodamento ambientale, sollevando la società da qualsiasi responsabilità circa la gestione del funzionamento e della disabilità.

Di riflesso, e traslando in ambito giuridico l'esposta riflessione sociologica, la tutela ordinamentale non deve insistere sulla disabilitazione della società, e quindi sull'adattamento di quest'ultima alle esigenze (non solo mediche) della persona disabile, ma sull'abilitazione di quella persona, perseguibile solo attraverso cure mediche che favoriscano la normalizzazione biologica.

⁸⁶ T. DEGENER, *Disability in a Human Rights Context*, in A. ARSTEIN-KERSLAKE (a cura di), *Disability Human Rights Law*, in *Laws*, n. 5/2016, pp. 2-3.

⁸⁷ P. HUNT, *A critical condition*, in *Stigma: The Experience of Disability*, Londra, 1966, p. 146. Più di recente, sulla falsa riga di Hunt, C. BARNES, *Capire il "modello sociale della disabilità"*, trad. it. A. MARRA (a cura di), in *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, vol. 2, n. 1/2008, p. 88. Allo stesso modo, S. D'ALESSIO – G. VADALÀ – A. MARRA, *Storia della disciplina*, in S. D'ALESSIO – G. VADALÀ – A. MARRA (a cura di), *Editoriale*, in *Italian Journal of Disability Studies*, n. 1/2011, p. 4.

⁸⁸ La definisce espressamente "tragedia", C. BARNES, *Disability Studies: what's the point?*, in *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, vol. 1, n. 1/2007, p. 50.

4.2. L'approccio "sociale"

A partire dagli anni Settanta del secolo scorso, nel solco tracciato dalle crescenti rivendicazioni civili⁸⁹, è stato teorizzato un ulteriore approccio sociologico al tema della disabilità⁹⁰.

Detta teorizzazione, che si è spiegata in forme plurali⁹¹, ha costituito l'antitesi del paradigma medico-individualista e si è universalmente diffusa con il nome di modello "sociale"⁹².

Le versioni del modello sono molteplici, ma le più rilevanti sono state sviluppate in Inghilterra e negli Stati Uniti⁹³.

Quella inglese, propugnata dall'*Union of the Physically Impaired against Segregation* (UPIAS)⁹⁴, è ispirata alla teoria marxista⁹⁵ ed è sintetizzabile come segue: «*In our view, it is society which disables physically impaired people. Disability is something imposed on top of our impairments, by the way we are unnecessarily isolated and excluded from full participation in society. Disabled people are therefore an oppressed group in society*»⁹⁶.

Stando a siffatta rielaborazione, la disabilità non è conseguenza di una menomazione, ma precipitato di una società capitalista, che marginalizza ed esclude, in ragione di una differente capacità produttiva⁹⁷, le persone affette da menomazioni psico-fisiche.

Detto altrimenti, la disabilità risiede nel *gap* che separa le persone abili al lavoro (*rectius*, produttive) da quelle non abili (*rectius*, improduttive).

In conformità agli esposti rilievi, non è l'originaria alterazione biologica a disabilitare la persona, ma la conformazione capitalista della società, che opprime chi è incapace di garantire determinati *standard* lavorativi (e quindi produttivi).

⁸⁹ A. SUTHERLAND, *The Other Tradition: from personal politics to disability arts*, 2006, p. 1, disponibile su [Disability Studies Leeds](#).

⁹⁰ Il modello in indagine è stato sovente rappresentato in termini di "Grande Idea": così, ad esempio, F. HASLER, *Developments in the disabled people's movement*, in J. SWAIN – S. FRENCH – C. BARNES – C. THOMAS, *Disabling Barriers – Enabling Environments*, Londra, 1993, pp. 278.

⁹¹ S. MITRA, *The Capability Approach and Disability*, in *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 16, n. 4/2006, p. 237.

⁹² Vedi, 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*, n. 2/2011, pp. 35 ss.

⁹³ T. SHAKESPEARE – N. WATSON, *The social model of disability: An outdated ideology?*, in S. N. BARNARTT – B. M. ALTMAN (a cura di), *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we are and where we need to go*, in *Research in Social Science and Disability*, n. 2/2001, pp. 9 ss.

⁹⁴ Informazioni sull'UPIAS sono disponibili su [Greater Manchester Coalition of Disabled People](#). Si confronti anche, UPIAS, *Aims*, in *Policy Statement*, 1974, disponibile su [Disability Studies Leeds](#).

⁹⁵ M. J. OLIVER, *Capitalism, disability and ideology: a materialist critique of the Normalization principle*, in R. J. FLYNN – R. A. LEMAY (a cura di), *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization: Evolution and Impact*, Ottawa, 1999, p. 174.

⁹⁶ UPIAS – DISABILITY ALLIANCE, *The Union of the Physically Impaired against Segregation and the Disability Alliance discuss "Fundamental Principles of Disability"*. *Being a summary of the discussion held on 22nd november 1975 and containing commentaries from each organization*, Londra, 1976, p. 4.

⁹⁷ Sul punto, M. J. OLIVER, *Understanding Disability. From Theory to Practice*, cit., p. 22.

Pertanto, la tutela ordinamentale del disabile non risiede in cure mediche, ma nel superamento dell'ideologia capitalista, che impone parametri univoci di produttività⁹⁸.

Più realistiche sono le conclusioni cui giungono i teorici del modello sociale statunitense, altresì noto come “*Minority Group Model*”⁹⁹.

Il citato approccio, che postula una concezione universalista dei diritti umani¹⁰⁰, muove dall'assunto che le persone disabili appartengano a una minoranza discriminata¹⁰¹.

Difatti, «*disabled citizens have confronted barriers in architecture, transportation, and public accommodations which have excluded them from common social, economic, and political activities even more effectively than the segregationist policies of racist government ... Disabled individuals have been subjected not only to stereotyping, but also to stigmatizing, which has made them the targets of aversion and ostracism. Studies of public attitudes have revealed extensive intolerance of disabled persons which is related to indicators of discrimination against other minority groups*»¹⁰².

Di conseguenza, se la maggioranza delle persone non presenta alterazioni biologiche, l'assenza di menomazioni si erge a normalità biologica.

Detta normalità informa l'agire sociale, politico, giuridico ed economico, settando il contesto ambientale su determinati *standard* di attività individuale e partecipazione collettiva.

Lo scostamento da questi *standard* genera minoranze “a-normali”, ovvero gruppi di persone che non rispondono ai parametri di normalità imposti dall'ambiente di riferimento.

Pertanto, nell'esplicare la propria esistenza in contesti standardizzati, la persona menomata sviluppa limitazioni di attività e partecipazione che la isolano dalla maggioranza “normale” e la condannano a esperienze di pregiudizio, stigma, discriminazione e oppressione.

E allora, stando ai teorici del “*Minority Group Model*”, la disabilità non è causalmente riconducibile a un *deficit* biologico, ma è conseguenza di un ambiente che la rappresenta in termini di anormalità.

In aderenza alla menzionata impostazione, l'emancipazione del disabile non risiede nella predisposizione di cure mediche, ma in azioni socio-politiche che perseguano la rimozione delle barriere ambientali disabilitanti e la garanzia dei diritti civili e sociali delle persone disabili.

⁹⁸ V. FINKELSTEIN, *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*, New York, p. 22.

⁹⁹ Per approfondire, H. HAHN, *The Politics of Physical Differences: Disability and Discrimination*, in *Journal of Social Issues*, n. 44/1988, pp. 39-47; IDEM, *Antidiscrimination Laws and Social Research on Disability: The Minority Group Perspective*, in *Behavioral Sciences & the Law*, vol. 14/1996, pp. 41-59; T. SHAKESPEARE – N. WATSON, *The social model of disability: An outdated ideology?*, in S. N. BARNARTT – B. M. ALTMAN (a cura di), *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we are and where we need to go*, in *Research in Social Science and Disability*, n. 2/2001, pp. 9-28.

¹⁰⁰ V. PERJU, *Impairment, Discrimination, and the Legal Construction of Disability in the European Union and the United States*, in *Cornell International Law Journal*, vol. 44, 2011, p. 292.

¹⁰¹ R. MEDEGHINI, *Quale disabilità?*, in R. MEDEGHINI (a cura di), *Disabilità e corso di vita. Traiettorie, appartenenze e processi di inclusione delle differenze*, Milano, 2006, p. 21.

¹⁰² H. HAHN, *Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines, and Policies*, in *Social Science Journal*, n. 4/1985, p. 93.

In altri termini, un contesto strutturato in conformità a determinati *standard* sviluppa un *cleavage* tra chi risponde a quegli *standard*, ovvero la maggioranza delle persone (che dispone degli strumenti per affrontare il contesto), e chi invece se ne scosta, ovvero la minoranza (che non dispone degli strumenti per affrontarlo).

Come evincibile da quanto esposto, gli approcci in indagine, sia inglese che statunitense, traslano l'asse della disabilità da una variabile endogena – l'alterazione biologica insita nella persona – a una variabile esogena – la società, che alla persona è esterna.

Ebbene, a differenza dell'approccio medico-individualista, quello sociale espunge il *deficit* biologico dal processo di formazione della disabilità: non è la menomazione a disabilitare la persona, ma la società, che restringe l'attività e la partecipazione di chi non risponde a determinati *standard* biologici, politici, sociali, economici, giuridici e culturali.

Circostanziando la disamina, il modello sociale riconduce la disabilità a fattori di matrice socio-ambientale: barriere architettoniche, viabilità, trasporto pubblico, ambienti di lavoro, inadeguatezza dei sussidi di invalidità, servizi sanitari, di solidarietà sociale, narrazioni storico-culturali del fenomeno, ecc.

Le citate variabili, funzionali alla soddisfazione di una maggioranza di persone "normali" (*rectius*, conformi a dati parametri), si rivelano motivo di oppressione per una minoranza di persone "a-normali" (*rectius*, non conformi a dati parametri).

Pertanto, in ordine alle considerazioni che precedono, gli interventi in favore della disabilità non devono concernere l'individuo, e quindi la prevenzione, la cura e la riabilitazione mediche, ma la società, ovvero la rimozione delle sue barriere.

Ad ogni modo, così come articolato, il modello sociale presenta evidenti contraddizioni.

Difatti, quand'anche tutti gli ostacoli ambientali fossero rimossi, la presenza di alterazioni biologiche continuerebbe a limitare l'attività e la partecipazione delle persone affette da menomazioni (in caso d'incendio, infatti, anche se accompagnata da un cane addestrato, una persona ipovedente incontrerebbe serie difficoltà nel raggiungere una via di fuga).

Stante l'esposta considerazione, è indubbio che le barriere socio-economiche concorrano alla formazione della disabilità, ma è altrettanto indubbio che la disabilità postuli una necessaria menomazione psico-fisica: ricalcando il precedente esempio, il finanziamento pubblico all'acquisto di un cane addestrato, pur incrementando il novero delle attività eseguibili dalla persona ipovedente, non le consentirà di recuperare la propria vista, e quindi di compiere tutte le attività che ne impongono l'uso.

E allora, così come quello medico-individualista, anche il modello sociale offre una visione parziale della disabilità, e lo fa perché circoscrive il fenomeno a una dimensione meramente sociale, espungendo dalla narrazione una variabile altrettanto fondamentale come quella biologica.

4.3. L'approccio "biopsicosociale"

La mutua interazione tra gli approcci in disamina ha governato la transizione dall'ICIDH, conforme a un'impostazione medico-individualista, all'ICF, sensibile alla mediazione delle variabili ambientali.

Come anticipato, il paradigma medico-individualista ha rappresentato la disabilità in termini di tragedia individuale dovuta a un *deficit* biologico.

Di converso, la teorizzazione sociale ha traslato l'asse della causalità sul dato meramente ambientale.

La parzialità delle richiamate rappresentazioni¹⁰³ ha legittimato l'affermazione di un approccio sociologico alternativo, teso a sintetizzare presupposti biologici e fattori ambientali.

Detto approccio, che supera i limiti applicativi dei precedenti¹⁰⁴, prende il nome di "biopsicosociale"¹⁰⁵.

Il nuovo¹⁰⁶ modello sussume la disabilità entro un paradigma di causalità concorrente¹⁰⁷, che postula la concomitanza di variabili biologiche, psicologiche e sociali¹⁰⁸.

Le prime concernono i processi biologici sottesi al funzionamento del corpo umano¹⁰⁹; le seconde gli elementi cognitivi, le inclinazioni della personalità e gli schemi comportamentali¹¹⁰; le terze le relazioni instaurate dalla persona all'interno della comunità di riferimento¹¹¹.

Più nel dettaglio, le variabili biologiche afferiscono a cellule, organi, apparati e sistemi, impattando sul funzionamento psico-fisico; quelle psicologiche attengono ai processi cognitivi, emozionali e della personalità, coartando la percezione personale del proprio funzionamento psico-fisico; quelle sociali si riferiscono ai rapporti sviluppati nell'ambiente circostante, incidendo sulla partecipazione sociale.

¹⁰³ Sulla dicotomia tra approccio medico-individualista e approccio sociale, non solo per quanto concerne la disabilità, ma più in generale per quel che riguarda la malattia, vedi T. S. SZASZ, *The Myth of Mental Illness*, New York, 1961; A. M. LUDWIG, *The psychiatrist as physician*, in *JAMA*, n. 6/1975, pp. 603-604.

¹⁰⁴ A. M. JETTE, *Toward a Common Language for Function, Disability, and Health*, in *Physical Therapy*, n. 5/2006, p. 727.

¹⁰⁵ Sulla genesi del modello, G. L. ENGEL, *La necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina*, in C. ALBASI – C. A. CLERICI (a cura di), *Nucleo monografico sul saggio di George L. Engel: la necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina*, in *AeR – Abilitazione e Riabilitazione*, n. 1/2006, pp. 6-7.

¹⁰⁶ Antesignana del modello "biopsicosociale" fu la teorizzazione di Nagi, S. NAGI, *Disability concepts revisited: implications for prevention*, in A. M. POPE – A. R. TARLOV (a cura di), *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*, Washington DC, 1991, p. 315. Si veda anche, quanto alle evoluzioni di detto modello, L. M. VERBRUGGE – A. M. JETTE, *The disablement process*, in *Social Science & Medicine*, n. 38/1994, pp. 1-14.

¹⁰⁷ Così, G. L. ENGEL, *The clinical application of the biopsychosocial model*, in *The American Journal of Psychiatry*, n. 5/1980, pp. 535-544.

¹⁰⁸ V. BENIGNO – M. REPETTO – S. ALVINO – N. CAPUANO – P. CORTI – M. MONTICELLI, *La modellizzazione e la catalogazione delle informazioni sui contesti di riferimento di WISE*, in G. TRENTIN (a cura di), *Reti e inclusione socio-educativa. Il supporto Wise*, Milano, 2012, p. 95.

¹⁰⁹ D. M. KAPLAN – S. L. COOGAN, *The Next Advancement in Counseling: The Bio-Psycho-Social Model*, in G. R. WALZ – J. C. BLEUER – R. K. YEP (a cura di), *Vistas: Compelling perspectives on counselling*, Alexandria, 2006, pp. 17-25.

¹¹⁰ Vedi, quanto alla generalità del tema, ovvero sull'impatto dei fattori psicologici sulla patologia, D. BRUNS – J. M. DISORBIO, *Chronic pain and biopsychosocial disorders*, in *Practical Pain Management*, n. 7/2005, pp. 52-61

¹¹¹ Un'importante rassegna del tema, posta in essere attraverso la raccolta di una pluralità di saggi, è rinvenibile in V. CIGOLI – M. MARIOTTI, *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, Milano, 2002.

Stante la descritta concomitanza causale, la disabilità assurge a sistema¹¹² e diventa «la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali»¹¹³.

Così declinato, l'approccio in indagine supera la monocausalità dei precedenti modelli e si apre a una rappresentazione multidimensionale della disabilità, in grado di rispecchiarne l'eterogeneità "genetica" e di garantirne adeguata tutela costituzionale.

E allora, assumendo la multidimensionalità del fenomeno, il modello biopsicosociale non attegga in termini dicotomici la predisposizione di cure mediche e la rimozione di barriere socio-economiche.

Di converso, insiste sulla complementarietà dei due interventi, subordinando l'inclusione ordinamentale della persona disabile alla coesistenza (*rectius*, al contestuale finanziamento) del recupero individuale – realizzato attraverso cure mediche che incidano sul dato biologico – e dell'adattamento collettivo – posto in essere attraverso la disabilitazione ambientale della società.

Da ultimo, ma non per importanza, si rileva che l'approccio in commento non riconduce la disabilità alla persona complessivamente intesa, ma la circoscrive alle aree di vita in cui la persona incontra limitazioni o restrizioni.

Detto altrimenti, ad aree di vita in cui la persona è disabile se ne oppongono altre in cui quella stessa persona è perfettamente funzionante.

5. Quali definizione giuridica alla luce delle classificazioni mediche e degli approcci sociologici?

Come rilevato nei precedenti paragrafi, il disegno personalista tratteggiato dal Costituente impone la predisposizione di tutele ordinamentali che recepiscano il carattere multidimensionale della disabilità.

In particolare, l'attuazione del personalismo costituzionale postula l'adozione di un linguaggio giuridico che si attenga alle risultanze della scienza medica e di quella sociologica.

Pertanto, la salvaguardia della persona disabile passa attraverso la cristallizzazione di significanti e significati scientificamente validati, che traducano i contenuti dell'ICF e riflettano una visione biopsicosociale della disabilità.

A tal proposito, come visto sopra, è stata proprio l'OMS – organismo mondiale di indirizzo e controllo in materia di sanità – ad approvare, e quindi a validare scientificamente, la richiamata classificazione e l'approccio sociologico che la sottende.

E allora, anche la scienza giuridica è obbligata a conformarsi ai linguaggi biopsicosociali dell'ICF.

¹¹² È evidente, nella strutturazione del modello "biopsicosociale", il richiamo alla "teoria generale dei sistemi" di Ludwig von Bertalanffy, L. VON BERTALANFFY, *General System Theory: Foundations, Development, Applications*, New York, 1968, p. 30.

¹¹³ O.M.S., *Ult. op. cit.*, p. 32.

Nello specifico, una tutela ordinamentale che inveri il personalismo costituzionale è tenuta ad assumere la disabilità come «*la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali*»¹¹⁴.

Parimenti, deve assumere che le condizioni di salute comprendono «*le malattie, i disturbi, le lesioni, i traumi e gli altri stati ... classificati nell'ICD*», che i fattori personali sono «*il sesso, la razza, l'età, altre condizioni di salute, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, la capacità di adattamento, il background sociale, l'istruzione, la professione, l'esperienza passata e attuale (eventi della vita passata e eventi contemporanei), i modelli di comportamento generali e gli stili caratteriali*» e che i fattori ambientali contemplan «*l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza*».

Date queste premesse, la medesima tutela è chiamata a rappresentare la disabilità come «*termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività o restrizioni della partecipazione*»¹¹⁵, laddove per “menomazioni” s'intendono «*i problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative*»¹¹⁶, per “limitazioni dell'attività” «*le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività*»¹¹⁷ e per “restrizioni della partecipazione” «*i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita*»¹¹⁸.

In sintesi, a differenza di “handicap”, “invalidità”, “inabilità” e “minorazione”, quella di “disabilità” – proprio perché in grado di riflettere la natura multidimensionale (*rectius*, biopsicosociale) del fenomeno – è la sola definizione validata dall'OMS.

Il che, com'è evidente, deve riflettersi sui correlati significanti e significati giuridici.

6. Tra ambiguità linguistica e disorganicità normativa

Il disegno personalista tratteggiato dal Costituente impone tutele ordinamentali che garantiscano i diritti inviolabili dell'uomo e favoriscano l'esplicazione della sua personalità.

Nel perseguimento di questo fine, e assumendo a direttrici di sviluppo libertà, dignità ed eguaglianza, la Repubblica è tenuta a rimuovere gli ostacoli che limitano l'emancipazione della persona e ne contraggono la partecipazione politica, economica e sociale.

In ordine all'esposto programma, e come precisato nel corso della trattazione, la salvaguardia della persona disabile non può essere circoscritta alla dimensione biologica della menomazione, ma deve

¹¹⁴ O.M.S., *Ult. op. cit.*, p. 32.

¹¹⁵ *Ivi*, p. 14.

¹¹⁶ *Ivi*, p. 22.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ *Ibidem*.

estendersi a quella comportamentale dell'accettazione psicologica e a quella ambientale dell'inclusione politica, economica e sociale.

Ciò atteso, il legislatore è chiamato a predisporre tutele ordinamentali che valorizzino la natura composita della disabilità.

A tal proposito, e *a fortiori* in ragione della validazione posta in essere dall'OMS, la scienza giuridica è chiamata a recepire significanti e significati che traducano le risultanze scientifiche dell'ICF.

Difatti, le sole prescrizioni in grado di salvaguardare la multidimensionalità del fenomeno – e quindi d'inverare il personalismo costituzionale – sono quelle che rappresentano la disabilità in termini biopsicosociali.

E allora, date queste premesse, è necessario verificare se quelle predisposte dall'ordinamento siano tutele effettivamente conformi ai paradigmi e ai linguaggi dell'ICF.

A dire il vero, e in fede a rilievi ormai risalenti, *«dalla legislazione vigente emerge una grande varietà nella terminologia con cui sono indicate le persone handicappate: “mutilati”, “invalidi”, “subnormali”, “minorati”, “disabili”, “inabili”, “portatori di menomazioni fisiche e sensoriali”»*¹¹⁹.

Le considerazioni in indagine sono tratte dal “Digesto delle Discipline Pubblicistiche”, che, nell'edizione del 1993, alla voce “handicap”, atteggiava in termini di proporzionalità diretta il rapporto tra ambiguità linguistica e disorganicità normativa¹²⁰.

Ancor oggi, a oltre venticinque anni dalle riflessioni di Hanau, *«l'ordinamento italiano non conosce una definizione giuridica di “disabilità”»*¹²¹.

Più nel dettaglio, non può tacersi *«la mancanza di una disciplina organica del fenomeno e [di riflesso] il rischio che tale frammentazione conduca a risultati non sempre coerenti a livello sistematico, talora addirittura antitetici o contraddittori»*¹²².

¹¹⁹ C. HANAU, (voce) *Handicap*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, vol. VIII, Torino, 1993, p. 68.

¹²⁰ Sulla necessità di compatibilizzare l'ordinamento e i suoi linguaggi al personalismo costituzionale, C. COLAPIETRO, *L'inclusione sociale delle persone con disabilità: un imperativo costituzionale*, in *Non profit*, n. 2/2011, pp. 11-34.

¹²¹ A. LORENZETTI, *Dis-eguaglianza e disabilità*, in M. DELLA MORTE (a cura di), *La dis-eguaglianza nello Stato costituzionale*, Napoli, 2015, p. 173. L'affermazione è opportunamente circostanziata dalla stessa Autrice, che in nota precisa quanto segue: *«La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con la legge n. 18/2009, offre una definizione di disabilità all'articolo 1, paragrafo 2)»*.

¹²² 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, 2016, p. 348. Sulle modalità, sulle tecniche e sull'opportunità della definizione giuridica di un fenomeno, vedi F. CORTESE, *Conclusioni*, in F. CORTESE – M. TOMASI (a cura di), *Le definizioni nel diritto. Atti delle giornate di studio 30-31 ottobre 2015*, Napoli, 2016, pp. 379-385, in particolare p. 380.

Invero, allo stato dell'arte, la legislazione domestica «*si caratterizza per la varietà e la stratificazione di terminologie e definizioni giuridiche ancorate a modelli ormai superati, che non facilitano l'affermazione di una chiara cornice concettuale*»¹²³.

A titolo meramente esemplificativo, si può rilevare che «*la locuzione – apparentemente semplice – utilizzata per definire l'handicap in situazione di gravità è generatrice di dubbi e perplessità tra i professionisti sanitari che compongono le Commissioni sanitarie previste dall'articolo 4 della legge n. 104 del 1992, non meno dei cortocircuiti concettuali che portano a confondere l'handicap con l'invalidità civile, il bisogno con l'incapacità lavorativa e l'handicap in situazione di gravità con quelle diversificate situazioni che legittimano la concessione dell'indennità di accompagnamento*»¹²⁴.

Stando a quanto detto, l'ordinamento giuridico assoggetta a improprie sinonimie i lemmi “invalido”, “inabile”, “minorato”, “handicappato” e “disabile”¹²⁵.

E l'affermazione è ancor più valida se si considera che la giuridicizzazione di detti lemmi non è conforme a quanto approvato dall'OMS.

Parallelamente, ed entro una dimensione anzitutto etica¹²⁶, l'inappropriatezza dei linguaggi¹²⁷ acuisce pregiudizi e stereotipi, ostacolando i processi d'inclusione sociale¹²⁸.

Ebbene, nell'intento di accedere a tutele scientificamente validate ed eticamente accettabili¹²⁹, l'ordinamento giuridico è tenuto ad assumere l'indifferibilità di una disambiguazione linguistica¹³⁰.

¹²³ S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 2/2017, p. 28.

¹²⁴ *Ibidem*.

¹²⁵ CAMERA DEI DEPUTATI. SERVIZIO DEGLI STUDI, *La disabilità*, Roma, 2015, p. 1.

¹²⁶ Vedi, A. CANEVARO, *Introduzione*, in A. CANEVARO (a cura di), *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Trent'anni di inclusione nella scuola italiana*, Trento, 2007, pp. 28-29. Sul ruolo dell'etica nella concettualizzazione della disabilità, M. NUSSBAUM, *The Capabilities of People with Cognitive Disabilities*, in E. KITTAY – L. CARLSON (a cura di), *Cognitive Disability and its Challenge to Moral Philosophy*, Oxford, 2010; A. SEN, *The Global Reach of Human Rights*, in *Journal of Applied Philosophy*, n. 29/2012, pp. 91 ss. L'approccio di Nussbaum e Sen è compendiato in L. TERZI, *Disabilità e Uguaglianza Civica: la prospettiva del Capability Approach*, in *Italian Journal of Disability Studies. Rivista Italiana di Studi sulla Disabilità*, n. 1/2013, pp. 41 ss., in particolare pp. 47-51, ov'è possibile reperire ulteriore letteratura.

¹²⁷ Sul punto, S. 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, 2016, disponibile, per quanto concerne la citazione in testo, su [“Università Inclusiva. Università degli Studi di Padova”](#), p. 2.

¹²⁸ S. SORESI, *Psicologia della disabilità*, Bologna, 2007, p. 24.

¹²⁹ Quanto alla concomitante incidenza di scienza ed etica sulle concettualizzazioni giuridiche (pur se afferente ai concetti di “salute” e “malattia”, e non specificamente a quello di “disabilità”), M. UBERTONE, *L'evoluzione del concetto di malattia e l'art. 582 del codice penale italiano*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 1/2014, pp. 154-157, che in nota, a pagina 35, richiama espressamente D. MURPHY, *Better See The Law This Way*, in *New York University Law Review*, n. 4/2008, p. 1088.

¹³⁰ Per spaziare nella riflessione, C. CASONATO, *Evidence Based Law. Spunti di riflessione sul diritto comparato delle scienze della vita*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 1/2014, p. 180.

7. La disorganicità normativa italiana alla luce dell'affermazione del modello biopsicosociale di disabilità

Come osservato nel precedente paragrafo, all'interno dell'ordinamento giuridico italiano coesistono le definizioni di "invalido", "inabile", "minorato", "handicappato" e "disabile".

Però, come parimenti anticipato, le richiamate definizioni non sono perfettamente rispondenti ai linguaggi approvati dall'OMS.

Ciononostante, in seno alle opzioni linguistiche che frammentano la normativa italiana risiedono condizioni giuridiche non sovrapponibili.

Difatti, dette condizioni postulano la sussistenza di requisiti infungibili, verificabili attraverso procedure altrettanto infungibili.

Più nel dettaglio, ciascuna procedura consta di indicatori propri ed è servente all'accertamento di un'unica condizione, alla quale segue l'erogazione di specifici benefici.

Ordunque, la proliferazione di opzioni linguistiche, condizioni giuridiche, procedure di accertamento e benefici erogabili non può che acuire la disorganicità normativa¹³¹.

Pertanto, a una lettura di sintesi, l'ordinamento giuridico italiano non riconosce un'unica categoria di persone con disabilità, ma distingue una pluralità di condizioni che differiscono per procedure di accertamento, criteri di valutazione, diritti, provvidenze economiche e altri benefici specificamente garantiti.

Data questa premessa, e al fine di sondare l'effettiva attuazione del programma costituzionale personalista, nel prosieguo della trattazione saranno analizzate le condizioni giuridiche relative ai fenomeni in discussione.

7.1. L'"inabile", l'"infortunato", il "malato", l'"invalido e il "minorato" nella Costituzione italiana

In principio è dirimente rilevare che la Carta costituzionale non tipizza significanti conformi all'ICF.

Difatti, anche solo per ragioni storiche, a essere tipizzati sono i significanti "inabile", "infortunato", "malato", "invalido e "minorato".

Nella specie, l'articolo 38, comma 1, dispone che ogni cittadino¹³² inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere abbia diritto al mantenimento e all'assistenza sociale¹³³.

¹³¹ S. SORESI, *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, Bologna, 1998, p. 11.

¹³² Sull'estensione delle prestazioni di assistenza e previdenza a stranieri e apolidi, C. TRIPODINA, *Articolo 38*, in S. BARTOLE – R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008, p. 372.

¹³³ «Il diritto all'assistenza di cui all'articolo in esame si connota come attribuzione ai soggetti in stato di bisogno del minimo esistenziale, mentre la previdenza garantisce anche il soddisfacimento di ulteriori esigenze relative al tenore di vita dei lavoratori ... Diversi sono poi i

Il successivo secondo comma statuisce che i lavoratori¹³⁴ abbiano diritto a mezzi adeguati alle loro esigenze di vita¹³⁵ in caso di infortunio¹³⁶, malattia¹³⁷ e invalidità¹³⁸.

Infine, il terzo comma prescrive che gli inabili e i minorati abbiano diritto all'educazione e all'avviamento professionale¹³⁹.

Come evincibile dalla lettera delle singole disposizioni¹⁴⁰, l'articolo 38 della Costituzione individua due direttrici di tutela.

La prima – ascrivibile ai commi 1 e 2 e inverata dagli istituti dell'assistenza e della previdenza – realizza il nucleo forte dello Stato sociale¹⁴¹ e preordina la rimozione degli ostacoli economici all'inclusione sociale delle persone inabili, infortunate, malate e invalide.

*requisiti che consentono di ottenere le due differenti prestazioni (essere cittadini che versano in situazioni di particolare bisogno ex co. 1° e 3° dell'art. 38, essere cittadini lavoratori ai sensi del co. 2° dell'art. 38), così come diverso è il modo di concepire la solidarietà a seconda che si faccia riferimento al 1° o al 2° co. dell'art. 38: il primo ha come riferimento la solidarietà dell'intera collettività, che non dovrebbe tollerare al suo interno persone prive del minimo vitale, il secondo si riferisce alle diverse forme di solidarietà che sussistono nell'ambito delle diverse categorie di lavoratori, L. VIOLINI, *Articolo 38*, in R. BIFULCO – A. CELOTTO – M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. 1, Torino, 2006, p. 788. Vedi anche, C. TRIPODINA, *Ult. op. cit.*, p. 372.*

¹³⁴ Sempre in relazione alla differenza tra cittadini e lavoratori all'interno dell'articolo 38, L. VIOLINI, *Ult. op. cit.*, pp. 784-785.

¹³⁵ In merito all'adeguatezza dei mezzi atti a soddisfare le esigenze di vita dei lavoratori, *Ivi*, p. 782. Ma anche, C. TRIPODINA, *Ult. op. cit.*, pp. 374-375 e pp. 377-378.

¹³⁶ «Per "infortunio" deve intendersi un evento dannoso che incide sulla capacità lavorativa dell'individuo e che sia avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro [art. 2, co. 1, d.lgs. 1124/1965]» *Ivi*, p. 379.

¹³⁷ «Anche la "malattia" è un evento dannoso che agisce sulla capacità lavorativa dell'individuo ed è originata da cause inerenti allo stesso svolgimento della prestazione di lavoro, ma si distingue dall'infortunio per il suo carattere non violento [art. 3, co. 1, d.lgs. 1124/1965. Non è sufficiente che la malattia si ricolleggi all'occasione di lavoro, ma richiede l'accertamento di una eziologia tipica, dovendo essere in stretta relazione con l'esercizio di determinate attività e trovare in queste la propria origine: Corte cost. 206/1974]», *Ibidem*.

¹³⁸ «Invalidità: si tratta di una malattia di lunga durata che ingenera l'impossibilità parziale o totale al lavoro. Si distinguono due livelli di invalidità, ai quali corrispondono due differenti tipi di prestazione pensionistica: è "invalido" il lavoratore "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, co. 1, l. 222/1984]; è "inabile" colui il quale, "a causa di infermità, difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa [art. 2, co. 1, l. 222/1984]», *Ibidem*. Per una lettura complessiva delle relazioni intercorrenti tra infortunio, malattia e invalidità, L. VIOLINI, *Ult. op. cit.*, p. 785.

¹³⁹ *Ivi*, pp. 790-791.

¹⁴⁰ F. FURLAN, *La tutela costituzionale del cittadino portatore di handicap*, in C. CATTANEO (a cura di), *Terzo settore, statualità e solidarietà sociale*, Milano, 2001; C. COLAPIETRO, *Diritto al lavoro dei disabili e Costituzione*, in *Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali*, n. 4/2009, pp. 607 ss.; IDEM, *Diritti dei disabili e Costituzione*, Napoli, 2010; M. D'AMICO, *Introduzione. Un nuovo modo di guardare al mondo delle disabilità: la Costituzione inclusiva*, in M. D'AMICO – G. ARCONZO (a cura di) *Università e persone con disabilità. Percorsi di ricerca applicati all'inclusione a vent'anni dalla legge n. 104 del 1992*, Milano, 2013, pp. 9 ss.; L. VIOLINI, *Il diritto all'assistenza delle persone disabili*, in C. COLAPIETRO – A. SALVIA (a cura di), *Assistenza, inclusione sociale e diritti delle persone con disabilità. A vent'anni dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104. Atti del Convegno internazionale tenutosi presso la Fondazione Santa Lucia IRCCS di Roma e l'Università degli Studi Roma Tre, Facoltà di Scienze Politiche, il 13 e 14 giugno 2012*, Napoli, 2013, pp. 241 ss.; G. ARCONZO, *Il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità*, in A. MORELLI – L. TRUCCO (a cura di), *Diritti ed autonomie territoriali*, Torino, 2014, pp. 267 ss.; IDEM, *L'inclusione delle persone con disabilità: considerazioni preliminari ad uno studio sul ruolo delle autonomie nella tutela dei diritti sociali*, in B. PEZZINI – S. TROILO (a cura di), *Il valore delle autonomie. Territorio, potere, democrazia*, Napoli, 2015, pp. 229 ss..

¹⁴¹ Sul contributo dei diritti all'assistenza e alla previdenza nel processo di formazione dello Stato sociale, M. PERSIANI, *Il sistema giuridico della previdenza sociale*, Padova, 1960; IDEM, *Sicurezza sociale e persona umana*, in IDEM (a cura di), *I problemi della sicurezza sociale*, 1970, pp. 609 ss.; IDEM, *Articolo 38*, in G. BRANCA (a cura di) *Commentario alla Costituzione*, Bologna-Roma, 1979, p. 232; G. CHIARELLI, *Appunti sulla sicurezza sociale*, in *Rivista di diritto del Lavoro*, 1965, pp. 287 ss.; M. CINELLI, *Appunti sulla nozione di previdenza sociale*, in *Rivista Italiana di Diritto del Lavoro*, n. 1/1982, p. 156; IDEM, *Sicurezza*

Declinate in termini costituzionali, assistenza e previdenza integrano le alternative solidaristiche all'impossibilità di produrre redditi da lavoro e, pur differendo quanto a beneficiari¹⁴², genesi¹⁴³, oggetto¹⁴⁴, modalità di finanziamento¹⁴⁵ e movente¹⁴⁶, sono tese alla socializzazione dell'inabilità, dell'infortunio, della malattia e dell'invalidità.

Rilevato ciò, la Costituzione trasla sulla società tutta, e non solo sui soggetti di cui all'articolo 38, i costi assistenziali e previdenziali.

Difatti, attraverso la contribuzione fiscale tutti i cittadini sono obbligati a garantire un tenore di vita sufficiente o adeguato alle persone inabili, infortunate, malate e invalide.

Ebbene, è oltremodo evidente che l'esposta tutela sia funzionale all'inveramento del programma costituzionale e destini solidarietà sociale ed eguaglianza sostanziale al pieno sviluppo, individuale e collettivo, della personalità del disabile.

La seconda direttrice di tutela, parallela a quella che incanala assistenza e previdenza, è ascrivibile al terzo comma dell'articolo 38.

Come anticipato, la disposizione in indagine estende a inabili e minorati i diritti all'educazione e all'avviamento professionale.

A differenza delle precedenti misure, i diritti in disamina non sopperiscono all'impossibilità di produrre redditi da lavoro, ma assumono inabilità e minorazione in termini di risorse socio-economiche.

In ordine a siffatta prospettiva, educazione e avviamento professionale funzionalizzano le abilità residue di inabili e minorati al progresso materiale e spirituale della collettività.

Pertanto, se assistenza e previdenza sostituiscono i redditi da lavoro, salvaguardando la dimensione minima dell'essere incluso in società, frequenza scolastica e formazione professionale garantiscono il diritto al lavoro, assicurando la dimensione successiva dell'essere società.

Detto altrimenti, assistenza e previdenza rimuovono ostacoli alla socializzazione della disabilità ed educazione e avviamento alla socializzazione delle abilità residue.

Ciò atteso, nei primi due commi dell'articolo 38 risiede la partecipazione della società alla disabilità, nel terzo la partecipazione della disabilità alla società.

Ad ogni modo, deve aggiungersi che le rappresentate tutele sono corroborate dalla garanzia del diritto alla salute.

sociale, in *Enciclopedia del Diritto*, vol. XLII, Milano, 1990, p. 499; P. OLIVELLI, *La Costituzione e la sicurezza sociale. I principi fondamentali*, Milano, 1988, pp. 81 ss.

¹⁴² Cittadini in ipotesi di assistenza, lavoratori in ipotesi di previdenza.

¹⁴³ Inabilità al lavoro e assenza di mezzi necessari per vivere nel primo caso, infortunio, malattia e invalidità nel secondo.

¹⁴⁴ Mantenimento e assistenza sociale per l'una, mezzi adeguati alle esigenze di vita per l'altra.

¹⁴⁵ A integrale carico dello Stato per l'assistenza, a contribuzione partecipata dei lavoratori per la previdenza.

¹⁴⁶ Meramente solidaristico nel primo caso, anche mutualistico nel secondo.

Difatti, nell'assumere a riferimento l'integrità psico-fisica della persona¹⁴⁷, detto diritto salvaguarda la dimensione biologica dell'inabilità, dell'infortunio, della malattia, dell'invalidità e della minorazione.

E allora, così declinato, il diritto alla salute è presupposto di tutti gli altri diritti, e quindi anche di quelli all'assistenza, alla previdenza, all'educazione e all'avviamento professionale, che a loro volta sono premessa di sviluppo personale e di partecipazione socio-economica.

Date le esposte tutele, e a fronte dei significanti tipizzati in Costituzione, il significato attribuito a questi ultimi sottende un preciso modo d'intendere la disabilità, che non afferisce alla sola dimensione biologica, ma attiene a una pluralità di variabili socialmente orientate.

Tra l'altro, a ben vedere, le radici del descritto *framework* biopsicosociale affondano nei lavori preparatori dell'Assemblea Costituente¹⁴⁸.

Pertanto, non può tacersi che l'articolo 38 della Costituzione strutturi un sistema di tutela a partecipazione collettiva, in grado di proteggere il singolo dagli eventi che ne menomano capacità reddituale, emancipazione personale e contribuzione sociale.

Orbene, in quanto interesse della collettività, *a fortiori* se tesa all'attuazione dello Stato sociale, la tutela costituzionale della disabilità non può essere ridotta a ispirazione programmatica, ma deve affermarsi come precetto già applicabile¹⁴⁹.

D'altronde, ma la considerazione sarà sviluppata in seguito, l'immediata applicabilità delle disposizioni costituzionali è stata sovente imposta dalla tendenziale disorganicità della legislazione ordinaria, che non sempre ha ricalcato il disegno personalista tratteggiato dal Costituente¹⁵⁰.

7.2. L'“invalido” nella legge 30 marzo 1971, n. 118

Il significante “invalido” è tipizzato nella 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”¹⁵¹.

¹⁴⁷ A. SIMONCINI – E. LONGO, *Articolo 32*, in R. BIFULCO – A. CELOTTO – M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. 1, Torino, 2006, p. 658; C. TRIPODINA, *Articolo 32*, in S. BARTOLE – R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008, p. 322.

¹⁴⁸ *Articolo 38*, in F. CALZARETTI (a cura di), *La nascita della Costituzione. Le discussioni in Assemblea Costituente a commento degli articoli della Costituzione*, disponibile sul sito www.nascitacostituzione.it. Si 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).

¹⁴⁹ G. ALIBRANDI, *La garanzia previdenziale secondo costituzione*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 1990, p. 133 ss.

¹⁵⁰ Vedi, con ampi riferimenti a sentenze della Corte costituzionale, M. PERSIANI, *Articolo 38*, cit., p. 244; L. VIOLINI, *Articolo 38*, cit., p. 776; C. TRIPODINA, *Articolo 38*, cit., p. 371.

¹⁵¹ Vedi, A. INNESTI, *La nozione di disabilità nel contesto italiano e internazionale*, in [Bollettino ADAPT](#), 16 maggio 2014, pp. 1-2.

La legge in indagine definisce “invalido civile” «i[l] cittadin[o] affett[o] 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 [abbia] subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minor[e] di anni 18, che [abbia] difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della [sua] età» (articolo 2, comma 2, legge 30 marzo 1971, n. 118).

Parimenti, definisce “invalido civile” «i[l] soggett[o] ultrasessantacinquenn[e] che [abbia] difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della [sua] età» (articolo 2, comma 3, legge 30 marzo 1971, n. 118).

Per espressa previsione legislativa, i citati significati non sono estensibili «[a]gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti» (articolo 2, comma 4, legge 30 marzo 1971, n. 118), che soggiacciono ad apposita disciplina.

Stante l'esposta concettualizzazione, «[agli] invalidi civili di età superiore agli anni 18, nei cui confronti, in sede di visita medico-sanitaria, sia accertata una totale inabilità lavorativa, è concessa a carico dello Stato e a cura del Ministero dell'Interno, una pensione di inabilità» (articolo 12, comma 1, legge 30 marzo 1971, n. 118).

Invece, «agli invalidi civili di età compresa fra il diciottesimo e il sessantaquattresimo anno nei cui confronti sia accertata una riduzione della capacità lavorativa, nella misura pari o superiore al 74 per cento, che non svolgono attività lavorativa e per il tempo in cui tale condizione sussiste, è concesso, a carico dello Stato ed erogato dall'INPS, un assegno mensile» (articolo 13, comma 1, legge 30 marzo 1971, n. 118).

Parallelamente, e in conformità ai significati e ai significati *de quibus*, la legge 11 febbraio 1980, n. 18, rubricata “Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili”, ha disposto che «[agli] invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118 ... che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, è concessa un'indennità di accompagnamento» (articolo 1, comma 1, legge 11 febbraio 1980, n. 18).

Come precisato dalla stessa legge, «la medesima indennità è concessa agli invalidi civili minori di diciotto anni che si trovano nelle condizioni sopra indicate» (articolo 1, comma 2, legge 11 febbraio 1980, n. 18).

Le condizioni di minorazione che determinano le menzionate invalidità civili sono accertate da una commissione sanitaria provinciale composta da soli medici (articolo 7, comma 1, legge 30 marzo 1971, n. 118).

Nell'accertare dette condizioni, la commissione è tenuta a individuare «[le] minorazioni [e le] infermità che, per la loro particolare gravità, determinano la totale incapacità lavorativa, o che, per la loro media o minore entità, determinano invece la riduzione di tale capacità» (articolo 1, comma 3, decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509).

Quanto al menzionato accertamento, il decreto ministeriale 5 febbraio 1992 rinvia alla Classificazione Statistica Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH-1 o ICIDH 80).

Più nel dettaglio, al citato decreto è allegata una tabella recante le tipologie di minorazione e le percentuali di invalidità da esse arrecate.

Come anticipato, detta tabella è tratta dalla «*classificazione dell'OMS, pubblicata nel 1980 con il titolo "International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease", [che] 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)*» (articolo 1, quarta parte, decreto ministeriale 5 febbraio 1992).

Nello specifico, una volta individuata la minorazione che determina la totale o parziale incapacità lavorativa, la Commissione è tenuta a indicare – sulla base della richiamata classificazione – la menomazione correlata a quella minorazione (articolo 1, prima parte, decreto ministeriale 5 febbraio 1992).

E allora, così come tipizzata e concettualizzata, l'“invalidità” integra una diminuzione della capacità lavorativa riconducibile al dato medico della menomazione e precipita nell'erogazione di prestazioni assistenziali che suppliscano all'impossibilità, totale o parziale, di godere del diritto al lavoro.

Stando a quanto rilevato in precedenza, non può tacersi che la legge 30 marzo 1971, n. 118 – e con essa la tutela dell'invalidità – sia fondata su una classificazione medica scientificamente superata, dall'eziologia monocausale e avulsa da qualsiasi riferimento alle variabili ambientali.

Ciò atteso, è innegabile che la giuridicizzazione dell'invalidità – sia a livello di significante che di significato – non sia conforme a quanto approvato dall'OMS, e pertanto non possa garantirne una tutela effettivamente personalista.

7.3. L'“invalido” e l'“inabile” nella legge 12 giugno 1984, n. 222

Il significante “invalido” è altresì tipizzato nella legge 12 giugno 1984, n. 222, rubricata “Revisione della disciplina della invalidità pensionabile”¹⁵².

In conformità all'articolo 1, comma 1, della legge in disamina è definito “invalido” «*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*»¹⁵³.

¹⁵² Per una ricognizione, anche storica, sul tema, M. CINELLI, *Osservazioni critiche sul disegno di riforma dell'invalidità pensionabile*, in *Diritto del lavoro*, n. 1/1984, p. 133; M. CERRETA, *L'invalidità pensionabile tra Corte costituzionale e riforma legislativa*, in *Diritto del lavoro*, n. 2 /1984, p. 94; M. FRANCESCHELLI, *Considerazioni intorno al dibattito sull'invalidità pensionabile*, in *Informazione Previdenziale*, p. 9.

¹⁵³ M. PERSIANI – M. D'ONGHIA, *Fondamenti di diritto della previdenza sociale*, II, Torino, 2018, p. 231.

Specularmente, il successivo articolo 2, comma 1, definisce “inabile” *«l'assicurato ... il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa»*¹⁵⁴.

I citati significanti, così come concettualizzati, rinviano a un ulteriore significante, quello di “assicurato”. Nella specie, è “assicurato” chi possiede i *«requisiti di assicurazione e di contribuzione stabiliti dall'articolo 9, n. 2), del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636, convertito nella legge 6 luglio 1939, n. 1272, quale risulta sostituito dall'articolo 2 della legge 4 aprile 1952, n. 218»* (articolo 4, comma 1, legge 12 giugno 1984, n. 222).

A una lettura di sintesi, sono invalidi o inabili coloro che rispondono contestualmente al requisito medico-legale e a quello previdenziale.

Quanto all'accertamento del requisito medico-legale, la sentenza della Corte di Cassazione 4 ottobre 2013, n. 22737 – richiamando le sentenze 3 aprile 2006, n. 7760 e 24 novembre 2003, n. 17812 – ha disposto che *«la legge 12 giugno 1984, n. 222 (sull'invalidità pensionabile) ha non solo un presupposto (rapporto assicurativo) che nella legge 30 marzo 1971, n. 118 (in favore dei mutilati ed invalidi civili) è insussistente, bensì ha un diverso fondamento: non la riduzione della generica capacità lavorativa ..., bensì la riduzione della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle attitudini dell'assicurato. Da ciò, l'inidoneità del parametro di valutazione dell'invalidità civile (le tabelle previste dal decreto ministeriale 5 febbraio 1992) a valutare l'invalidità pensionabile (prevista dall'indicata legge 12 giugno 1984, n. 222) ... Non è conseguentemente consentito il ricorso alle tabelle infortunistiche o comunque ad un sistema di tabelle che stabiliscano un automatico confronto fra infermità o difetto fisico o mentale e la probabile conseguente riduzione della capacità di lavoro ... Alla luce di questa strutturale inidoneità, e specificando l'indicato principio, è da affermare che il parametro dell'invalidità civile non può essere utilizzato – nella valutazione dell'invalidità pensionabile – neanche come guida di massima»*.

In particolare, il soggetto interessato all'acquisizione dello *status* di invalido o di inabile è tenuto a presentare apposita certificazione medica all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

Detta certificazione, compilata da un medico espressamente abilitato, è redatta secondo le indicazioni del “modello SS3”.

Il citato modello, funzionale all'accertamento diagnostico, si avvale dei codici definatori tipizzati nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD).

Diagnosticata la patologia in conformità alla menzionata classificazione, l'interessato è visitato da un'apposita commissione, tenuta a valutare l'incidenza della patologia sulle attitudini lavorative del soggetto.

¹⁵⁴ *Ivi*, p. 232.

In ipotesi, la valutazione soggiace alla discrezionalità della commissione ed è prettamente connessa alle specificità del caso concreto.

Parallelamente, e per quanto concerne l'accertamento dei requisiti previdenziali, è necessario verificare la rispondenza ai parametri tabellari di cui alla legge 4 aprile 1952, n. 218, poi sostituiti dalle tabelle allegate alla legge 21 luglio 1965, n. 903.

Accertati siffatti requisiti, l'invalido ha diritto «*ad assegno*» (articolo 1, comma 1, legge 12 giugno 1984, n. 222)¹⁵⁵ e l'inabile «*a pensione*» (articolo 2, comma 1, legge 12 giugno 1984, n. 222)¹⁵⁶.

Così come tipizzate e concettualizzate, invalidità e inabilità integrano una diminuzione della capacità lavorativa riconducibile alla contestuale sussistenza di una patologia e di determinati requisiti previdenziali.

Ciò atteso, l'acquisizione degli *status* di “invalido” o di “inabile” precipitano nell'erogazione di prestazioni assistenziali che suppliscano all'impossibilità, totale o parziale, di svolgere un lavoro confacente alle proprie attitudini.

Anche in ipotesi, come per l'invalidità di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, l'accertamento delle condizioni di invalidità e inabilità prescinde da qualsiasi riferimento a classificazioni scientificamente validate dall'OMS e non sottende approcci sociologici che valorizzano l'impatto delle variabili ambientali all'interno del processo di formazione della disabilità.

Difatti, a ben vedere, la legge 12 giugno 1984, n. 222 omette rinvii ai paradigmi classificatori dell'ICF, circoscrivendo le condizioni in indagine al dato biologico della malattia ed escludendo in fatto che l'organizzazione dell'ambiente di lavoro possa incidere sul funzionamento delle persone invalide o inabili. E allora, nel rappresentare quelle in esame come condizioni esclusivamente mediche, il legislatore non ha dispiegato le potenzialità personaliste della tutela che ha predisposto, relegando le persone invalide e inabili ai margini dell'organizzazione socio-economica del Paese ed esimendo la società – nella specie il contesto lavorativo – da qualsiasi tentativo di inclusione e di partecipazione.

¹⁵⁵ Sull'assegno ordinario di invalidità, M. FRANCESCHELLI, *Tendenze evolutive della legislazione previdenziale con particolare riguardo alla nuova disciplina sulla invalidità pensionabile*, in *Diritto del lavoro*, n. 1/1985, p. 3; S. PICCININNO, *Le prestazioni dell'invalidità pensionabile*, in *Informazione Previdenziale*, 1985, p. 229; M. CINELLI, *Commento all'articolo 1 della legge n. 222 del 1984*, in F. P. ROSSI (a cura di), *Commentario all'articolo 1 della legge n. 222 del 1984*, in *Nuove Leggi Civili Commentate*, 1985, p. 317.

¹⁵⁶ Sulla pensione di inabilità, V. TREVISI, *Commento all'articolo 2 della legge n. 222 del 1984*, in F. P. ROSSI (a cura di), *Commentario all'articolo 1 della legge n. 222 del 1984*, in *Nuove Leggi Civili Commentate*, 1985, p. 334; F. AGOSTINI, *Pensione di inabilità, accertamento del diritto ed efficacia dell'obbligazione dell'INPS*, in *Rivista Giuridica del Lavoro*, n. 3/1985, p. 53; V. PAPA, *Assistenza disabili: collegato lavoro e indicazioni operative*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, 2011, p. 837.

7.4. La “persona handicappata” nella legge 5 febbraio 1992, n. 104

Il significante “handicappato” è stato introdotto con la legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”¹⁵⁷.

In ordine alla citata legge, 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»* (articolo 3, comma 1, legge 5 febbraio 1992, n. 104).

La situazione di handicap assume connotazione di gravità *«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»* (articolo 3, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104).

In ambo le ipotesi, *«la persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative»* (articolo 3, comma 2, legge 5 febbraio 1992, n. 104)¹⁵⁸.

Come disposto dall’articolo 4, comma 1, della legge in indagine, gli accertamenti¹⁵⁹ relativi alla minorazione e alla capacità residua sono effettuati dalle commissioni mediche preposte all’accertamento dell’invalidità civile (pur se integrate da un operatore sociale e da un esperto selezionato in relazione allo specifico caso da esaminare)¹⁶⁰.

¹⁵⁷ Anche per individuare una letteratura di base, M. D’AMICO, *Introduzione. Un nuovo modo di guardare al mondo delle disabilità: la Costituzione inclusiva*, in M. D’AMICO – G. ARCONZO (a cura di), *Università e persone con disabilità. Percorsi di ricerca applicati all’inclusione a vent’anni dalla legge n. 104 del 1992*, Milano, 2013, pp. 9 ss.

¹⁵⁸ Dette prestazioni – facendo riferimento alla sola legge in commento – afferiscono alla prevenzione e alla diagnosi precoce (articolo 6), alla cura e alla riabilitazione (articolo 7), all’inserimento e all’integrazione sociale (articolo 8), al servizio di aiuto personale (articolo 9), agli interventi in favore delle persone con handicap in situazione di gravità (articolo 10), al soggiorno all’estero per cure (articolo 11), al diritto all’educazione e all’istruzione (articolo 12), all’integrazione scolastica (articolo 13), alla formazione professionale (articolo 17), all’integrazione lavorativa (articolo 18), alla rimozione di ostacoli per l’esercizio di attività sportive, turistiche e ricreative (articolo 23), all’eliminazione o superamento delle barriere architettoniche (articolo 24), all’accesso all’informazione e alla comunicazione (articolo 25), alla mobilità e ai trasporti collettivi (articolo 26), ai trasporti individuali (articolo 27), all’esercizio del diritto di voto (articolo 29), alla riserva di alloggi (articolo 31), ai permessi lavorativi (articolo 33), alle agevolazioni circa l’acquisto di protesi e ausili tecnici (articolo 34), al ricovero del minore handicappato (articolo 35), all’aggravamento delle sanzioni penali (articolo 36) e al procedimento penale (articolo 37)

¹⁵⁹ M. G. GRASSO, *Criticità nell’applicazione della legge 104/92*, in C. COLAPIETRO – A. SALVIA (a cura di), *Assistenza, inclusione sociale e diritti delle persone con disabilità. A vent’anni dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104. Atti del Convegno internazionale tenutosi presso la Fondazione Santa Lucia IRCCS di Roma e l’Università degli Studi Roma Tre, Facoltà di Scienze Politiche, il 13 e 14 giugno 2012*, Napoli, 2013, pp. 79 ss.

¹⁶⁰ Inoltre, a seconda dell’accertamento espletato, le commissioni includono rappresentanti sanitari dell’Associazione Nazionale dei Mutilati ed Invalidi Civili (ANMIC), dell’Unione Italiana Ciechi (UIC), dell’Ente Nazionale per la Protezione e l’Assistenza ai Sordomuti (ENS) e dell’Associazione Nazionale delle Famiglie dei Fanciulli ed Adulti Subnormali (ANFFAS).

Dal 1° gennaio 2010, le citate commissioni sono completate da un medico dell'INPS (articolo 20, comma 1, legge 3 agosto 2009, n. 102).

Nella particolare ipotesi in cui l'accertamento concerna persone in età evolutiva, le commissioni sono composte da un medico legale e da due medici specialisti, di regola scelti tra quelli in pediatria, neuropsichiatria infantile o nella specializzazione inerente la condizione di salute del soggetto (articolo 4, comma 2, legge 5 febbraio 1992, n. 104).

Come evincibile dagli esposti rilievi, lo *status* giuridico di “handicappato” (o di “handicappato grave”) non è riconducibile alla sola patologia, ma anche allo svantaggio sociale che essa comporta.

Ciò atteso, detto *status* non è definibile attraverso parametri tabellari preimpostati.

In particolare, la circolare del Ministero della Salute del 30 ottobre 1993 ha precisato che *«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 garantire la realizzazione di un'assistenza integrata completa, nell'ottica più ampia dell'inserimento sociale»*.

Contiguamente, la circolare del 6 aprile 1994 ha spiegato che l'operato delle commissioni *«non consiste solo in un accertamento medico delle condizioni fisiche o psichiche del soggetto, ma deve accertare, nei suoi vari ambiti, l'handicap che la minorazione produce, ossia la natura e l'entità dello svantaggio sociale e gli interventi necessari alla sua diminuzione»*.

Pertanto, l'handicap soggiace a una previa diagnosi medica – resa attraverso la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD) – e a un successivo accertamento sociale, teso a verificare la concreta incidenza della minorazione sullo sviluppo sociale della persona affettata.

Date le esposte premesse, e in ordine alle richiamate definizioni, l'handicap è rappresentato in termini di svantaggio sociale causalmente riconducibile a una minorazione che causa difficoltà di apprendimento, relazione o integrazione lavorativa.

Stante detto significato, l'acquisizione dello *status* di “persona handicappata” è funzionale all'erogazione di prestazioni che garantiscano inclusione sociale.

Rispetto a quanto statuito dalle leggi 30 marzo 1971, n. 118 e 12 giugno 1984, n. 222, non può negarsi che l'accertamento dell'handicap postuli l'analisi di variabili ambientali.

Parimenti, deve rilevarsi che detta analisi non è espressamente settata sui paradigmi e sui linguaggi dell'ICF.

A tal proposito, è sufficiente rilevare che il significante “handicap”, così come il significato a esso attribuito, non sono validati dall'OMS.

E allora, sebbene dall'esegesi della legge si evinca l'apertura a un approccio biopsicosociale, è doveroso sottolineare come il legislatore non sia effettivamente sincronizzato alle evoluzioni della scienza medica in materia di disabilità.

Difatti, l'esplicito riferimento all'ICF è circoscritto ai soli diritti all'educazione e all'istruzione.

In particolare, l'articolo 12, comma 5, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 statuisce che *«successivamente all'accertamento della condizione di disabilità delle bambine e dei bambini, delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti ai sensi dell'articolo 3, è redatto un profilo di funzionamento secondo i criteri del modello biopsicosociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ai fini della formulazione del progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nonché per la predisposizione del Piano Educativo Individualizzato (PEI)»*¹⁶¹.

Al netto di questa parentesi, la legge 5 febbraio 1992, n. 104 oscilla tra linguaggi medico-individualisti e finalità biopsicosociali.

Nello specifico, la legge è orientata al raggiungimento di quattro obiettivi: promuovere la piena integrazione familiare, scolastica, lavorativa e sociale; prevenire e rimuovere le condizioni invalidanti che impediscono sviluppo umano, autonomia individuale, partecipazione alla vita della collettivi e realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali; perseguire il recupero funzionale e sociale attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni nonché attraverso la tutela giuridica ed economica della persona handicappata; predisporre interventi volti al superamento degli stati di emarginazione e di esclusione sociale.

Il perseguimento delle menzionate finalità – indubbiamente biopsicosociali – passa attraverso la previsione di strumenti specifici – anch'essi biopsicosociali: l'incremento della ricerca genetica, biomedica, psicopedagogica, sociale e tecnologica; la garanzia di prevenzione, diagnosi e terapia prenatale e precoce delle minorazioni; l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi; il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare; l'adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico e la previsione di servizi di aiuto personale o familiare; la partecipazione della popolazione, anche attraverso l'apporto di enti pubblici e associazioni private, ai processi di prevenzione, cura, riabilitazione e inserimento sociale.

Ancor più in dettaglio, la tutela della dimensione biologica impone interventi medici di cura e riabilitazione che valorizzino le abilità della persona handicappata, anche attraverso il coinvolgimento della famiglia e della comunità di riferimento.

¹⁶¹ Sul punto, G. MATTUCCI, *Il diritto a una didattica individualizzata e personalizzata*, in G. MATTUCCI – F. RIGANO (a cura di), *Costituzione e istruzione*, Milano, 2016, p. 317.

Per altro versante, la tutela della dimensione psicologica si sostanzia in interventi di carattere socio-psicopedagogico, come ad esempio l'assistenza sociale, quella psicologica, l'aiuto domestico e il servizio sanitario a domicilio.

Infine, la dimensione sociale è salvaguardata da interventi che assicurino accesso agli edifici pubblici e privati; eliminazione di barriere architettoniche; dotazioni didattiche e tecniche adeguate; personale scolastico qualificato; servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali; fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e privato; organizzazione di trasporti specifici; affidamenti e inserimenti presso persone e nuclei familiari; organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e analoghi servizi residenziali; istituzione o adattamento di centri socioriabilitativi ed educativi diurni; organizzazione di attività extrascolastiche.

La biopsicosocialità di detti interventi è acuita dalla loro personalizzazione, ovvero dalla garanzia di prestazioni settate sulla natura e sulla consistenza della minorazione, che valorizzino le abilità residue del beneficiario ai fini di un più agevole inserimento in società.

Ciò sta a significare che i processi di sviluppo della personalità e di inclusione sociale sono espressamente tarati sulla specificità del singolo.

7.5. La “persona disabile” nella legge 12 marzo 1999, n. 68

Il significante “disabile” è tipizzato nella legge 12 marzo 1999, n. 68, rubricata “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”¹⁶².

La legge in indagine «*ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro*» (articolo 1, comma 1, legge 12 marzo 1999, n. 68) ed è attuata «*attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato*» (articolo 1, comma 1, legge 12 marzo 1999, n. 68)¹⁶³, che si sostanziano nella predisposizione di «*strumenti tecnici e di supporto che permett[ano] 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*» (articolo 2, comma 1, legge 12 marzo 1999, n. 68).

¹⁶² Per un commento approfondito, E. PASQUALETTO, *La nuova legge sul collocamento dei disabili: prime osservazioni*, in *Quaderni di diritto del lavoro e delle relazioni industriali*, n. 22/1999, pp. 93 ss; P. TULLINI, *Il diritto al lavoro dei disabili: dall'assunzione obbligatoria al collocamento mirato*, in *Diritto del mercato del lavoro*, n. 2/1999, p. 333; A. VALLEBONA, *La nuova disciplina delle assunzioni obbligatorie*, in *Massimario di giurisprudenza del lavoro*, n. 5/1999, p. 476; M. CINELLI – P. SANDULLI, *Diritto al lavoro dei disabili. Commentario alla legge n. 68 del 1999*, Torino, 2000.

¹⁶³ Quanto alla *ratio* costituzionale di detti istituti, P. ALBINI – M. CRESPI – E. SERI, *Il nuovo diritto al lavoro dei disabili. La legge numero 68/99 di riforma del collocamento obbligatorio aggiornata allo schema di regolamento di esecuzione del 4 agosto 2000*, Padova, 2000, p. 201.

Il significato attribuito alla disabilità è disambiguato all'articolo 1, comma 1¹⁶⁴.

In particolare, sono definite “disabili”: «a) [le] persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e [i] portatori di handicap intellettuale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti approvata, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, dal Ministero della sanità sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità nonché alle persone nelle condizioni di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 12 giugno 1984, n. 222»; le «b) [le] persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti»; «c) [le] persone non vedenti o sordomute, di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni»; «d) [le] persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni».

Stando al successivo quarto comma, «l'accertamento delle condizioni di disabilità ... è effettuato dalle commissioni di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, secondo i criteri indicati nel [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000]».

In ordine a quanto rilevato, è doveroso precisare che l'accertamento delle condizioni di disabilità postula la sussistenza di uno degli *status* di cui alle lettere a), b), c) e d) dell'articolo 1, comma 1, della legge 12 marzo 1999, n. 68 (accertati in conformità ai rispettivi *iter* procedurali).

Reimpostando l'asse d'indagine sui soggetti demandati all'accertamento, e quindi sull'articolo 1, comma 4, della legge in commento, si evince che le commissioni all'uopo predisposte sono quelle che valutano anche l'handicap.

A tal proposito, e per quanto specificamente attiene alle modalità in cui è espletato detto accertamento, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000 dispone che «la commissione ... acquisisce le notizie utili per individuare la posizione della persona disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro»; a tal fine, «sono presi in considerazione i dati attinenti alla diagnosi funzionale e al profilo dinamico funzionale ... ai sensi degli articoli 3 e 4 del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994» (articolo 4, commi 1 e 2, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000).

¹⁶⁴ Sulla definizione di “disabilità”, G. PERA, (voce) *Disabili (diritto al lavoro dei)*, in *Enciclopedia Giuridica Treccani*, vol. XII, 2001, p. 1.

Più nel dettaglio, *«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»* (articolo 5, comma 3, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000).

Le menzionate indicazioni e definizioni – preordinate alla misurazione delle *«capacità utili per lo svolgimento di attività lavorative»* – non rinviano ad alcuna classificazione medica validata dall'OMS, ma constano di parametri e linguaggi propri.

In particolare, i menzionati allegati accludono schede serventi alla misurazione delle attività mentali e relazionali, dell'informazione, della postura, della locomozione, del movimento delle estremità e della funzione degli arti, delle attività complesse, dell'attività fisica associata a resistenza, dei fattori ambientali e delle situazioni lavorative.

Stante l'assenza di riferimenti medici scientificamente validati, l'articolo 1, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 statuisce che *«entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, con uno o più decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali ... sono definite linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità sulla base dei seguenti principi: ... individuazione, nelle more della revisione delle procedure di accertamento della disabilità, di modalità di valutazione bio-psico-sociale della disabilità»*.

In ipotesi, non può negarsi l'espresso richiamo alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).

Però, pur essendo stata invocata l'introiezione ordinamentale di detta classificazione, i decreti ministeriali che avrebbero dovuto prevederla non sono ancora stati emanati.

Ciò atteso, la disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 continua a essere accertata in aderenza alle statuizioni decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000.

E allora, in conformità a quanto rappresentato, la disabilità integra uno *status* di secondo grado, subordinato alla previa sussistenza di altre condizioni giuridiche (quelle elencate all'articolo 1, comma 1, della legge in esame).

L'acquisizione del citato *status* – valutabile attraverso la misurazione del grado d'incidenza di variabili mediche e sociali sulla capacità lavorativa della persona – precipita nella predisposizione di strumenti tecnici e di supporto che favoriscano un inserimento professionale confacente alle capacità di quella persona.

Come evincibile dagli esposti rilievi, la legge 12 marzo 1999, n. 68 sussume la disabilità entro un paradigma di accertamento biopsicosociale, ma, al pari della legge 5 febbraio 1992, n. 104, non rinvia espressamente all'ICF, dimidiando le potenzialità personaliste della tutela predisposta dal legislatore.

7.6. La “persona con disabilità” nella legge 3 marzo 2009, n. 18

Pur se con altro significato, il significante “disabile” (*rectius*, “persona con disabilità”) è tipizzato nella legge 3 marzo 2009, n. 18, recante “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”.

In ordine alla presente Convenzione, sono “persone con disabilità” quelle che *«presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri»* (articolo 1, comma 2, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità).

Muovendo dal significato che precede, è considerata “discriminazione” qualsiasi *«distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l’effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l’esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo. Essa include ogni forma di discriminazione, compreso il rifiuto di un accomodamento ragionevole»* (articolo 2, comma 3, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità).

In continuità con l’ultimo rilievo, costituiscono “accomodamenti ragionevoli” *«le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati, che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l’esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali»* (articolo 2, comma 4, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità).

A una lettura sinottica di detti significati, la disabilità non può che assurgere a *«risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»* (lett. e), Preambolo della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità).

Stante l’esposta concettualizzazione, e pur in assenza di una disposizione che trasponga espressamente la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), è oltremodo evidente che la Convenzione assuma la disabilità come sintesi di variabili biologiche, psicologiche e sociali.

A confermarlo sono le stesse finalità cui è preposto l’atto in indagine.

Quest’ultimo, a differenza dei precedenti, non si propone di definire *status* medico-legali cui ricondurre l’erogazione di prestazioni socio-assistenziali, ma intende *«promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità»* (articolo 1, comma 1, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità).

Nel perseguire le citate finalità, la Convenzione prende atto che i disabili siano persone autonome e indipendenti¹⁶⁵, in grado di conferire apporto alla comunità di appartenenza¹⁶⁶.

Specularmente, e proprio in ragione di questo apporto, trasla¹⁶⁷ sulla società la responsabilità di un'inclusione libera ed eguale, settata sull'accessibilità e sui diritti alla salute, all'istruzione, all'informazione e alla comunicazione¹⁶⁸.

Date siffatte premesse, la Convenzione obbliga gli Stati firmatari a rimuovere qualsiasi discriminazione che osti alla piena realizzazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con disabilità¹⁶⁹. Più nel dettaglio, gli Stati sono chiamati ad adottare misure legislative e amministrative che garantiscano attuazione ai diritti riconosciuti in Convenzione; a modificare o abrogare qualsiasi atto o fatto che discrimini le persone con disabilità; a includere la gestione della disabilità all'interno di qualsiasi politica e programma; a promuovere la ricerca e lo sviluppo di beni, servizi, apparecchiature, attrezzature e nuove tecnologie che richiedano il minimo adattamento e il minor costo possibili; a favorire la circolazione di informazioni; a formare professionisti che assicurino assistenza specializzata¹⁷⁰.

I menzionati obblighi – che rispondono ai principi di dignità, autonomia, indipendenza, non discriminazione, eguaglianza e parità di opportunità¹⁷¹ – sono perseguibili sino al massimo delle risorse disponibili¹⁷² (e questo a riprova del fatto che la biopsicosocializzazione dell'ordinamento non può in alcun modo sottrarsi a una ponderazione di sostenibilità economico-finanziaria).

E allora, così come strutturata, la Convenzione non si limita a riequilibrare gli svantaggi socio-economici delle persone con disabilità, ma riconosce il loro contributo attivo allo sviluppo della società, superando definitivamente il “dogma” della loro irrecuperabilità.

Pertanto, pur non rinviando espressamente all'ICF, l'atto sottende una precisa impostazione biopsicosociale, che il legislatore ha inteso irradiare nell'ordinamento al fine di garantire l'attuazione del personalismo costituzionale.

Ad ogni modo, e proprio attraverso il filtro della Convenzione, è stata la Commissione europea a certificare l'introiezione ordinamentale dell'ICF: *«the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities defines: “Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual, or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal*

¹⁶⁵ Preambolo della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, lett. (n).

¹⁶⁶ Preambolo della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, lett. (m).

¹⁶⁷ Preambolo della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, lett. (w).

¹⁶⁸ Preambolo della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, lett. (v).

¹⁶⁹ Art. 4, c. 1, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

¹⁷⁰ Art. 4, c. 1, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

¹⁷¹ Art. 3, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

¹⁷² Art. 4, c. 2, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

basis with others [and] the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a framework for defining and measurement of functioning and disability»¹⁷³.

E allora, quand'anche gli atti normativi non tipizzassero significanti biopsicosociali (come nel caso del lemma “handicap”), l'interpretazione dei loro significati imporrebbe conformità all'ICF (o comunque alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che all'ICF s'ispira¹⁷⁴).

In continuità con la presente statuizione, la sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea 4 luglio 2013, C-312/11 ha precisato quanto segue: *«se è vero che la nozione di “handicap” non è definita nella stessa direttiva 2000/78 ... alla luce della Convenzione dell'ONU, tale nozione deve essere intesa nel senso che si riferisce ad una limitazione risultante in particolare da menomazioni fisiche, mentali o psichiche durature che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori. Di conseguenza, l'espressione “disabile” utilizzata nell'articolo 5 della direttiva 2000/78 deve essere interpretata come comprendente tutte le persone affette da una disabilità corrispondente alla definizione enunciata [di handicap]»¹⁷⁵.*

Per completezza, e quanto all'applicabilità della Convenzione, la Corte costituzionale, nella sentenza 20 gennaio 2016, n. 2 ha specificato che *«il principio del necessario rispetto, da parte dei legislatori interni, dei vincoli derivanti dall'adesione ad una Convenzione internazionale ... si configura alla stregua, per così dire, di “obblighi di risultato”: gli strumenti pattizi si limitano, infatti, ordinariamente, a tracciare determinati obiettivi riservando agli Stati aderenti il compito di individuare in concreto – in relazione alle specificità dei singoli ordinamenti e al correlativo e indiscusso margine di discrezionalità normativa – i mezzi ed i modi necessari a darvi attuazione. Ciò comporta, evidentemente, che – anche sul piano della individuazione delle relative risorse finanziarie – l'obbligo internazionale e convenzionale non possa, di regola, implicare e tantomeno esaurire le scelte sul quomodo: ... invece, il giudice a quo erroneamente ... reputa ... la Convenzione di New York ... “autoapplicativa”»¹⁷⁶.*

8. Il ruolo della giurisprudenza costituzionale nell'affermazione di una tutela personalista della disabilità

Premesso un sostrato costituzionale antropocentrico e attesa la cogenza di tutele ordinamentali personaliste, lo sviluppo della persona disabile passa attraverso la rimozione degli ostacoli che impediscono una partecipazione libera ed eguale alla vita politica, economica e sociale.

¹⁷³ Disponibile sul sito dell'Eurostat.

¹⁷⁴ Vedi anche sentenze della Corte di giustizia dell'Unione europea 11 aprile 2013, cause riunite C-335/11 e C-337/11 (parr. 37-38), 4 luglio 2013, C 312/11 (parr. 56-57), 18 marzo 2014, C-363/12 (par. 73-74-75-76-77) e 11 luglio 2006, C-13/05 (parr. 39-40).

¹⁷⁵ Sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea 4 luglio 2013, C-312/11, parr. 56-57.

¹⁷⁶ Considerato in diritto, par. 3.1. Sul punto vedi anche, R. BELLI, *Uno scivolone della Corte nega l'autodeterminazione e suona il de profundis per i disabili*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2018.

Pertanto, nel predisporre tutele che garantiscano un'emancipazione dignitosa, il legislatore è chiamato ad assumere la disabilità in termini multiprospettici, salvaguardandone il volto biologico, ma anche quelli psicologico e sociale.

A tal proposito, e quindi al fine di rappresentare il fenomeno nella sua complessità, è necessario aprire la scienza giuridica al dato medico e all'analisi sociologica.

Nello specifico, una tutela personalista non può che risiedere nell'introduzione ordinamentale dell'ICF, o quantomeno nella metabolizzazione dell'approccio biopsicosociale sotteso a detta classificazione.

Ad ogni modo, come rilevato nei precedenti paragrafi, l'ordinamento italiano non ha mai posto in essere tutele compiutamente biopsicosociali (*rectius*, personaliste).

E a suffragare quest'asserzione concorre la giurisprudenza della Corte costituzionale, che è stata sovente obbligata rimodulare in termini biopsicosociali (*rectius*, personalisti) le prescrizioni legislative¹⁷⁷.

In particolare, nella sentenza 2 giugno 1983, n.163, evidenziando il nesso di causalità tra emancipazione della persona invalida¹⁷⁸, garanzia del diritto al lavoro, effettività dell'avviamento professionale e partecipazione sociale, la Consulta ha affermato che le tutele predisposte dall'articolo 38, comma 3, prevengono esclusioni e limitazioni costituzionalmente inaccettabili, volte a relegare su un piano di isolamento e discriminazione persone colpite nell'efficienza fisica e mentale.

In sintesi, eventuali condizioni di invalidità non possono inibire lo svolgimento di un lavoro o il godimento di misure alternative allo stesso, perché l'attuazione degli articoli 4 e 38 della Costituzione è garanzia dell'effettivo sviluppo – individuale e collettivo – della persona.

Di tenore analogo è la sentenza 8 giugno 1987, n. 215¹⁷⁹.

Nella specie, il Giudice delle leggi ha perimetrato l'ambito di operatività del diritto all'istruzione dei portatori di handicap, dichiarando, pur in vigenza dell'ICIDH¹⁸⁰, una classificazione medico-individualista, che i fattori ambientali incidono sul procedimento di formazione dell'handicap.

In particolare, e atteggiando in termini di proporzionalità diretta il rapporto tra frequenza scolastica e sviluppo della persona, ha specificato che l'inserimento dei portatori di handicap in classi di studenti normodotati avrebbe garantito stimolazioni intellettive crescenti, funzionali al miglioramento dei processi di apprendimento, comunicazione e relazione.

¹⁷⁷ Nel commento delle seguenti sentenze saranno utilizzati i termini “minorazione”, “disabilità”, “handicap”, ecc. ... a seconda del tempo in cui le pronunce siano state emesse.

¹⁷⁸ Si precisa che l'“invalido” cui si fa riferimento è quello di cui al r.d.l. 14 aprile 1939 n. 636, come modificato dalla legge 3 giugno 1975 n. 160.

¹⁷⁹ Vedi note di R. BELLI, *Servizi per la libertà: diritto inviolabile o interesse diffuso?*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1987, pp. 1629 ss.; C. MORO, *L'eguaglianza sostanziale e il diritto allo studio: una svolta della giurisprudenza costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, pp. 3064 ss.

¹⁸⁰ Alla data di emanazione della sentenza l'ICIDH era la classificazione medica vigente.

Più nel dettaglio, ha spiegato che le esigenze di socializzazione soddisfatte dalla frequenza scolastica non si sarebbero estinte al compimento delle scuole medie inferiori, ma sarebbero proseguite lungo tutto il corso di studi.

Difatti, la prosecuzione dell'*iter* scolastico sarebbe stata prodromica a un proficuo inserimento lavorativo, incrementando le opportunità di ottenere un lavoro qualificato.

Pertanto, nell'arguire che il diritto all'istruzione recasse un portato emancipativo analogo a quello delle pratiche di cura e riabilitazione, la Corte lo ha elevato a presupposto indefettibile d'emancipazione, informandolo alla perequazione delle diseguaglianze socio-economiche generate dall'handicap.

La sentenza 29 luglio 1996, n. 325 ha precisato che le pratiche di cura e riabilitazione, il proficuo inserimento in famiglia, la frequenza scolastica e l'espletamento di un lavoro concorrono in egual maniera all'inveramento del personalismo costituzionale, e quindi allo sviluppo complessivo del portatore di handicap.

E dunque, in ordine ai *considerata* della Consulta, la tutela giuridica di quest'ultimo è garantita dall'interrelazione e dall'integrazione dei valori espressi in Costituzione, ovvero dal sinergico operare di variabili mediche e ambientali, che pariteticamente incidono sull'effettività dell'inclusione sociale.

In linea con siffatte statuizioni, la sentenza della Corte costituzionale 10 maggio 1999, n.167¹⁸¹ ha specificato che la legislazione ordinaria¹⁸² non si è limitata a innalzare il livello di tutela in favore dei portatori di handicap, ma ha segnato un radicale mutamento di prospettiva circa il modo stesso d'intendere il fenomeno, non più circoscritto al dato individuale della menomazione psico-fisica, ma assunto in termini di prodotto socio-ambientale.

Come rilevato dal Giudice delle leggi, e ancor prima che l'OMS validasse una classificazione biopsicosociale, l'articolo 2 della legge 9 gennaio 1989, n. 13, ha funzionalizzato il diritto di proprietà all'inclusione sociale del portatore di handicap, erigendo l'eliminazione delle barriere architettoniche a premessa di ogni costruzione privata (anche se non abitata da portatori di handicap).

In particolare, l'astrazione dell'edificio dalle condizioni personali del proprio utilizzatore è stata valorizzata dall'espreso richiamo al concetto di "accessibilità", definita dalla Corte come "*possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia*"¹⁸³.

¹⁸¹ Sul tema, note di F. GAZZONI, *Disabili e tutela reale*, in *Rivista del Notariato*, n. 4/1999, pp. 973 ss.; P. PERLINGIERI, *Principio «personalista», «funzione sociale della proprietà» e servitù coattiva di passaggio (nota a Corte cost. 10 maggio 1999 n. 167)*, in *Rassegna di diritto civile*, n. 3/1999, p. 688 ss.; P. VITUCCI, *Il passaggio coattivo e le persone handicappate*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 3/1999, pp. 1615 ss.; G. SERGES, *Anacronismo legislativo, eguaglianza sostanziale e diritti sociali*, in *Giurisprudenza italiana*, 2000, pp. 683 ss.

¹⁸² In particolare, le leggi 9 gennaio 1989, n. 13 e 5 febbraio 1992, n. 104.

¹⁸³ Considerato in diritto, par. 5.4.

Così declinata, l'accessibilità è assurda a *qualitas* essenziale degli edifici privati, vestendo di concretezza quel principio personalista che preordina ciascun segmento dell'organizzazione sociale allo sviluppo della persona portatrice di handicap.

Date siffatte premesse, la Consulta ha dedotto che *«l'impossibilità di accedere alla pubblica via, attraverso un passaggio coattivo sul fondo altrui, si traduce nella lesione del diritto del portatore di handicap a una normale vita di relazione, che trova espressione e tutela in una molteplicità di precetti costituzionali: evidente essendo che l'assenza di una vita di relazione, dovuta alla mancanza di accessibilità abitativa, non può non determinare quella disuguaglianza di fatto impeditiva dello sviluppo della persona che il legislatore deve, invece, rimuovere»*¹⁸⁴.

E allora, atteso il portato personalista dell'accessibilità abitativa, il Giudice delle leggi ha dichiarato che le esigenze di invalidi e mutilati comportano la costituzione di servitù in favore degli edifici civili.

Difatti, la loro omissione dal testo dell'articolo 1052, comma 2, del codice civile contrasta con il principio di eguaglianza sostanziale, con il diritto inviolabile a una normale vita di relazione, con il fondamentale diritto alla salute (inteso come interesse del singolo e della collettività all'eliminazione delle discriminazioni fondate su invalidità e mutilazioni) e con la funzione sociale del diritto di proprietà.

Pertanto, anche l'eliminazione delle barriere architettoniche, *a fortiori* nell'ambito dell'edilizia privata, concorre allo sviluppo personale dei portatori di handicap e, in ottica biopsicosociale, conferma come la metabolizzazione sociale della disabilità imponga il sinergico operare di qualsiasi segmento ordinamentale.

Parimenti, la sentenza della Corte costituzionale 5 dicembre 2003, n. 350¹⁸⁵ ha confermato che la legge 5 febbraio 1992, n. 104 è tesa alla socializzazione dei portatori di handicap.

In particolare, nel dichiarare l'illegittimità costituzionale di una disposizione che non prevedeva la concessione della detenzione domiciliare nei confronti di una madre condannata, convivente con un figlio invalido civile al 100%, il Giudice delle leggi ha funzionalizzato l'assistenza familiare allo sviluppo della personalità del disabile, garantendo, per il tramite del ricongiungimento, quella presenza materna che tanto condiziona la salute psico-fisica del portatore di handicap.

Come inferibile dalla pronuncia in disamina, l'adesione al modello biopsicosociale di disabilità è deducibile dall'estensione dell'ambito di operatività della Corte, che non ha limitato i propri interventi alle dimensioni della cura, della scuola e del lavoro, ma si è espansa sino a tangere il sistema penitenziario, nell'intento di preordinare l'ordinamento tutto al disegno personalista tratteggiato dal Costituente.

¹⁸⁴ Considerato in diritto, par. 6.1.

¹⁸⁵ Vedi nota di L. CREMONESI, *L'handicap del figlio vieta il carcere*, in *Diritto e giustizia*, n. 1/2004, pp. 40 ss.

In espressa continuità con dette statuizioni, la sentenza della Corte costituzionale 16 giugno 2005, n. 233¹⁸⁶ ha specificato che il recupero psico-fisico delle persone disabili non è circoscritto alle pratiche di cura e riabilitazione, ma abbisogna di un pieno ed effettivo inserimento familiare, scolastico e professionale.

Sviluppando dette premesse, la Consulta ha dichiarato che il citato inserimento impone la garanzia dei diritti alla salute, all'educazione, all'avviamento professionale e, più in generale, di qualsiasi diritto che assicuri effettività all'inclusione sociale.

Come risultante da tali considerazioni, la pronuncia in commento si iscrive a quel filone giurisprudenziale che sussume la disabilità entro un paradigma di biopsicosocialità.

Difatti, dichiarando l'illegittimità costituzionale di una disposizione che limitava il congedo straordinario dei fratelli di persona disabile alla sola ipotesi di morte dei genitori, e non anche in quella di genitori totalmente inabili, il Giudice delle leggi ha ricordato che la tutela della salute psico-fisica del disabile postula la compartecipazione di una pluralità di variabili, e quindi l'adozione di interventi normativi ed economici relativi alla famiglia, alla scuola e al lavoro, la cui interazione è fondamentale nei processi di socializzazione dei portatori di handicap.

Di tenore sostanzialmente analogo è la sentenza della Corte costituzionale 8 maggio 2007, n. 158¹⁸⁷.

Difatti, nel preordinare la famiglia alla socializzazione del disabile, la Corte ha asserito che la negazione del congedo straordinario retribuito al coniuge convivente di persona affetta da disabilità grave avrebbe configurato non solo una violazione degli obblighi di assistenza morale e materiale discendenti dal matrimonio, ma anche una lesione degli articoli 2, 3, 29 e 32 della Costituzione.

Nella specie, un'assistenza permanente, continuativa e globale avrebbe limitato la compromissione delle capacità fisiche, psichiche e sensoriali, incidendo in positivo sulla socializzazione della persona disabile.

Pertanto, a un'eggesi biopsicosociale risulta evidente che il fine cui è preposta la disposizione censurata – ancorché sistematizzata entro un corpo normativo in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità – sia quello di garantire, per il tramite dell'assistenza familiare, l'emancipazione del disabile, e questo a riprova del fatto che lo sviluppo di quest'ultimo risieda nel solidaristico intervento dell'ordinamento complessivamente inteso.

¹⁸⁶ Con note di V. TONDI DELLA MURA, *Diritto al congedo straordinario per l'assistenza al soggetto disabile: verso una preferenza estesa ai familiari diversi dai genitori?*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 3/2005, p. 2007 ss.; F. GIRELLI, *Ai fratelli di persone con disabilità spetta il congedo straordinario retribuito non solo dopo la «scomparsa» dei genitori ma anche quando questi siano totalmente inabili*, in *Rivista AIC*, sezione [Cronache](#), 24/06/2005; D.GOTTARDI, *Più ampia la titolarità del congedo straordinario per gravi motivi di famiglia*, in *Guida al Lavoro*, n. 27/ 2005, pp. 1o ss.; R. NUNIN, *Diritto al congedo anche per i fratelli di un disabile se i genitori sono impossibilitati all'assistenza*, in *Famiglia e diritto*, 2005, pp. 578 ss.

¹⁸⁷ Sul punto, nota di A. SCIMIA, *L'assistenza familiare al soggetto disabile: la Corte costituzionale estende al coniuge convivente il diritto al congedo straordinario retribuito*, in *Federalismi*, n. 5/2008, p. 1 ss.

D’impatto altrettanto dirompente circa l’adesione al modello biopsicosociale di disabilità è stata la sentenza 26 febbraio 2010, n. 80¹⁸⁸, con cui la Corte costituzionale ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’articolo 2, comma 413, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, nella parte in cui fissava un limite massimo al numero dei posti degli insegnanti di sostegno, e dell’articolo 2, comma 414, della legge n. 244 del 2007, nella parte in cui escludeva la possibilità di assumere insegnanti di sostegno in deroga in presenza di studenti con disabilità grave.

Premettendo che i disabili non costituiscono un gruppo omogeneo, il Giudice delle leggi ha posto l’accento sulla doverosità costituzionale di un’inclusione non standardizzata, tarata sulla valorizzazione delle singole esperienze e tesa alla definizione di percorsi emancipativi autonomi, connessi alle peculiarità del singolo e non a una generica, e pertanto indefinibile, categoria.

E allora, se ciascun disabile è coinvolto in un infungibile processo di socializzazione, il suo sviluppo deve passare attraverso interventi legislativi mirati, che preordinino l’ordinamento tutto, nella complessità delle sue diramazioni, a un’inclusione “personalmente orientata”, cioè settata sulla singolarità dell’handicap.

Nel caso di specie, dichiarando l’incostituzionalità delle disposizioni che limitavano il numero degli insegnanti di sostegno e ne vietavano l’assunzione in deroga in ipotesi di disabilità grave, la Corte ha predisposto una misura specifica, che non tutelava la disabilità genericamente intesa, ma ne salvaguardava le forme più gravi, in conformità a un disegno ordinamentale – costituzionale e biopsicosociale – che tracciava, nel rispetto dei limiti di spesa pubblica, percorsi che garantissero la personalissima socializzazione di ciascun disabile.

L’iter di costituzionalizzazione del modello biopsicosociale di disabilità è stato ulteriormente implementato dalla sentenza della Corte costituzionale 23 settembre 2016, n. 213.

In detta pronuncia, la Consulta ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, così come modificato dall’articolo 24, comma 1, lettera a), della legge 4 novembre 2010, n. 183, nella parte in cui non includeva il convivente *more uxorio* tra i soggetti legittimati a fruire del permesso mensile retribuito per l’assistenza in favore di persona affetta da disabilità grave.

Stando al Giudice delle leggi, il menzionato permesso è espressione dello Stato sociale e integra uno strumento di politica socio-assistenziale teso alla valorizzazione delle relazioni di solidarietà interpersonale e intergenerazionale.

¹⁸⁸ Con note di F. MADEO, *Insegnante di sostegno: possibile la presenza per tutte le ore di sostegno dello studente disabile grave*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2010, pp. 1831 ss.; A. PIROZZOLI, *La discrezionalità del legislatore nel diritto all’istruzione del disabile*, in *Rivista AIC*, n. 0/2010, pp. 1 ss.

In ossequio a quest'*incipit*, la Corte ha precisato che gli interventi economici a sostegno delle famiglie concorrono alla tutela della salute psico-fisica del disabile e garantiscono un libero sviluppo della persona nella vita di relazione.

Ciò atteso, la Consulta ha precisato che lo Stato è tenuto a prestare ogni sua articolazione al soddisfacimento di qualsiasi esigenza di socializzazione che connoti il disegno personalista tratteggiato dal Costituente.

Il perimetro costituzionale del modello biopsicosociale di disabilità è stato ulteriormente definito dalla sentenza 16 dicembre 2016, n. 275¹⁸⁹, che ha modulato le relazioni intercorrenti tra vincoli economici eurounitari e statuto costituzionale dei diritti sociali.

In ipotesi, il T.A.R. Abruzzo ha dubitato della legittimità costituzionale di una disposizione che subordinava il servizio di trasporto degli studenti disabili alle disponibilità finanziarie del bilancio regionale.

Stando al remittente, e compendiando quanto ritenuto in fatto, la disposizione censurata assoggettava il diritto allo studio dei disabili a un illegittimo condizionamento finanziario.

Ebbene, nel dichiarare fondata la questione, il Giudice delle leggi ha sancito l'inviolabilità del *minimum constitutional guarantee* sotteso ai processi di socializzazione della disabilità, precisando che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»¹⁹⁰.

Difatti, sebbene il legislatore goda di discrezionalità finanziaria, detta discrezionalità deve essere calmierata da un nucleo indefettibile di garanzie costituzionali.

E allora, data la premessa, il finanziamento costituzionalmente orientato della disabilità postula un'accurata pianificazione del fabbisogno e un preciso rendiconto degli oneri sostenuti.

Nella specie, la Corte ha indicato l'utilizzo del metodo della programmazione, in conformità al quale il finanziamento delle tutele indefettibili deve essere istruito con l'anticipo di un anno.

¹⁸⁹ Per approfondimenti ulteriori, si rinvia alle 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 costituzionale*, 11 gennaio 2017; F. BLANDO, *Soggetti disabili e istruzione: la lotta per il diritto*, in *Federalismi*, n. 107/2017; R. CABAZZI, *Diritti incompressibili degli studenti con disabilità ed equilibrio di bilancio nella finanza locale secondo Corte costituzionale n. 275/2016*, in *Le Regioni*, n. 3/2017, pp. 593 ss.; L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti "invalicabili" alla discrezionalità del legislatore*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, pp. 2339 ss.; E. FURNO, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale*, in *Consulta Online*, Studi 2017/I, pp. 105 ss.; A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, 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 AIC*, n. 1/2017; F. MASCI, *L'inclusione scolastica dei disabili: inclusione sociale di persone*, in *Costituzionalismo*, n. 2/2017, pp. 133 ss.; F. PALLANTE, *Dai vincoli "di" bilancio ai vincoli "al" bilancio*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, pp. 2698 ss.; S. ROSSI, *Limiti di bilancio e diritti fondamentali delle persone con disabilità – Corte cost. n. 275/2016*, in *Persona e Danno*, 5 febbraio 2017.

¹⁹⁰ Considerato in diritto, par. 11.

Invero, stando alla Consulta, l'assenza di programmazione incentiverebbe la destinazione promiscua di risorse, incidendo negativamente sull'equilibrio dei bilanci pubblici e ledendo, anche solo *de relato*, il finanziamento dei diritti dei disabili.

Nell'instaurare un ordine di priorità tra disponibilità economico-finanziaria e sovvenzionamento dei diritti inviolabili, il Giudice delle leggi fa leva sul combinato disposto degli articoli 2 e 3 della Costituzione, che, inverando il disegno personalista tratteggiato dal Costituente (*rectius*, tradendo un'inequivocabile approccio biopsicosociale), sottraggono al contenimento della spesa pubblica tutte le misure che garantiscono lo sviluppo personale della persona disabile, la sua inclusione in società e il suo contributo al progresso materiale e spirituale dell'ordinamento.

Come inferibile dalla rassegna in disamina, e in ragione del disegno personalista tratteggiato dal Costituente, la Corte riconduce la genesi della disabilità a una causalità multifattoriale, settata sulla sintesi di componenti biologiche (funzioni e strutture), psicologiche (stato intellettuale) e ambientali (vita domestica, familiare, lavorativa, sociale, politica ed economica).

Ciò atteso, le pronunce della Consulta non si limitano a incidere sulle tutele medico-sanitarie, ma preordinano l'ordinamento tutto, nella pluralità delle sue diramazioni, alla socializzazione delle persone disabili, favorendo l'emersione dell'ontologica biopsicosocialità costituzionale.

8.1. Il più recente intervento della Corte costituzionale in materia di disabilità

Di rilevanza biopsicosociale è anche la sentenza 7 dicembre 2017, n. 258¹⁹¹, che ha sindacato la legittimità costituzionale della legge 5 febbraio 1992, n. 91, rubricata «Nuove norme sulla cittadinanza».

La *quaestio iuris*, ben nota alle cronache giurisprudenziali¹⁹², incide specificamente sull'articolo 10 della legge in disamina, ai sensi del quale il decreto di concessione della cittadinanza non ha effetto se la persona cui si riferisce non presta giuramento di essere fedele alla Repubblica e di osservare la Costituzione e le leggi dello Stato¹⁹³.

¹⁹¹ Con note di P. ADDIS, *Disabilità e giuramento per l'acquisizione della cittadinanza (osservazioni a Corte cost., sent. 258/2017)*, in Consulta online, Studi 2018/II, pp. 435 ss.; C. DOMENICALI, *La "doppia inclusione" dello straniero disabile (a margine di Corte cost. n. 258 del 2017)*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 27 marzo 2018, pp. 1 ss.; S. ROSSI, *Incapacitazione e acquisto della cittadinanza. Nota a prima lettura a Corte cost. n. 258/2017*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 10 dicembre 2017, pp. 1 ss.

¹⁹² Vedi, L. TRIA, *Stranieri extracomunitari e apolidi. La tutela dei diritti civili e politici*, Milano, 2013, pp. 721 ss.

¹⁹³ A suo corollario, l'articolo 9, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 91 dispone che la cittadinanza italiana possa essere concessa allo straniero che risieda legalmente da almeno dieci anni nel territorio della Repubblica; l'articolo 23, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 91 che il giuramento sia reso all'ufficiale dello stato civile; l'articolo 7 comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 12 ottobre 1993, n. 572 che sia prestato entro sei mesi dalla notifica del decreto; l'articolo 25, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 che l'ufficiale dello stato civile non possa trascrivere il decreto in assenza di giuramento; e l'art. 27 del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 che l'acquisto della cittadinanza abbia effetto dal giorno successivo a quello di prestazione del giuramento.

Così come strutturata, la disposizione in esame subordina l'effettività della concessione a un'apposita manifestazione di volontà, negando la cittadinanza e i suoi diritti¹⁹⁴ al soggetto incapace di porre in essere il giuramento (come ad esempio la persona incapace di intendere e di volere a causa di infermità mentale). Nell'analoga questione relativa alla naturalizzazione dell'interdetto¹⁹⁵, il Consiglio di Stato aveva rilevato che il giuramento costituisse un atto personalissimo e che l'infermità di mente avrebbe legittimamente ostato al suo espletamento.

In conformità agli esposti rilievi, e chiarendo che la devoluzione al rappresentante avrebbe contrastato con la natura personalissima dell'atto, il Supremo collegio amministrativo aveva assentito alla trascrizione del decreto di concessione della cittadinanza anche in assenza di giuramento.

Successivamente, in aderenza all'articolo 411, comma 4, del codice civile, i Tribunali di Bologna¹⁹⁶ e Mantova¹⁹⁷ avevano esteso detto orientamento al beneficiario dell'amministrazione di sostegno.

Difatti, stando al richiamato articolo, il giudice tutelare può estendere al beneficiario dell'amministrazione di sostegno le disposizioni di legge che disciplinano interdizione e inabilitazione.

Non persuaso dalla soluzione proposta, il Giudice tutelare di Modena aveva sollevato questione di legittimità costituzionale dell'articolo 10 della legge 5 febbraio 1992, n. 91, nella parte in cui prevedeva l'obbligo di prestazione del giuramento anche laddove tale adempimento non potesse essere prestato a causa di una condizione patologica di disabilità¹⁹⁸.

Le norme erano state impugnate in riferimento agli articoli 2 e 3, comma 2, della Costituzione, all'articolo 18 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e agli articoli 21 e 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Nel giudizio principale, l'amministratore di sostegno, padre di un'aspirante cittadina italiana affetta da epilessia parziale con secondaria generalizzazione e ritardo mentale grave in pachigiria focale, aveva chiesto all'organo decidente di esonerare la figlia disabile dall'espletamento del giuramento.

¹⁹⁴ Sostiene che l'attribuzione dei diritti civili, politici e sociali si riferisca al solo cittadino, A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, Padova, 2003, pp. 315 ss.

¹⁹⁵ Parere 13 marzo 1987, n. 261/85 (anche se è opportuno precisare che sia stato reso in vigenza della precedente legge 13 giugno 1912, n. 555). Ampiamente, e offrendone poi un'interpretazione evolucionistica, I. SFORZA, *Cittadinanza e disabilità: giurisprudenza e dottrina a confronto*, in *Cultura giuridica e diritto vivente*, n. 1/2014, pp. 2 ss.

¹⁹⁶ Decreto 9 gennaio 2009, con nota di A. COSTANZO, *L'osservatorio di merito. Amministrazione di sostegno*, in *Famiglia, Persone e Successioni*, n. 7/2009, 664 ss.

¹⁹⁷ Decreto 7 maggio 2009, www.ilcaso.it 1732/2009, p. 1.

¹⁹⁸ La questione di legittimità è stata altresì sollevata per l'articolo 7, comma 1 [*recte*: 2], del decreto del Presidente della Repubblica 12 ottobre 1993, n. 572 (Regolamento di esecuzione della legge 5 febbraio 1992, n. 91) e per l'articolo 25, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 (Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127).

Tra l'altro, in corso di giudizio, l'audizione della naturalizzanda aveva confermato l'inidoneità psico-fisica a compiere l'atto.

E allora, premessa l'impossibilità di addivenire a un'interpretazione costituzionalmente orientata della disposizione scrutinata, il remittente aveva escluso l'applicazione analogica dell'articolo 411, comma 4, del codice civile, rilevando che l'esonero dal giuramento non era stato disposto da una disposizione legislativa, ma da un parere del Consiglio di Stato, che, *secundum legem*, non era all'uopo predisposto.

Ciò atteso, e posta la natura personalissima dell'atto, il giudice *a quo* aveva sottolineato che la cittadinanza non potesse essere acquisita da chi difettesse della capacità di comprendere le conseguenze del giuramento e aveva ipotizzato l'incostituzionalità della norma nella parte in cui le condizioni personali di infermità mentale non avessero consentito deroghe all'obbligo prestazionale.

Il remittente aveva di fatto lamentato la violazione del modello biopsicosociale di disabilità, perché la negazione dello *status civitatis*, *a fortiori* se imputabile a una condizione psico-fisica di natura personale, escludeva il disabile dalla collettività di riferimento, ostando alla piena realizzazione della sua personalità. Investita della questione, la Corte ne ha dichiarato rilevanza e non manifesta infondatezza.

Il percorso argomentativo della Consulta ha preso le mosse dall'esegesi dell'articolo 54, comma 1, della Costituzione, che vincola il cittadino ad agire come membro di una comunità.

Stando alla richiamata disposizione, l'afferenza soggettiva all'ordinamento risiede nella fedeltà alla Repubblica e¹⁹⁹ nell'osservanza della Costituzione e delle leggi.

In ipotesi di naturalizzazione dello straniero, detta fedeltà e detta osservanza sono attestate dalla prestazione di un giuramento che manifesti consapevole²⁰⁰ adesione alla forma di Stato²⁰¹, agli organi rappresentativi²⁰², alle istituzioni²⁰³ e alle norme giuridiche²⁰⁴.

In ordine al citato paradigma, la manifestazione di volontà del giurante si configura come atto personalissimo²⁰⁵ e non può essere surrogata dalla determinazione volitiva di un rappresentante legale.

¹⁹⁹ Sostengono l'autonomia delle due posizioni, C. ESPOSITO, *La libertà di manifestazione del pensiero nell'ordinamento italiano*, Milano, 1958, p. 52; G. M. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, 1967, pp. 129 ss.; IDEM, *Fedeltà (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto*, XVII, Milano, 1968, pp. 165 ss.; C. CARBONE, *I doveri pubblici individuali nella Costituzione*, Milano, 1968, pp. 227 ss.; C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, Padova, 1976, p. 1138; L. VENTURA, *Art. 54*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna, 1994, pp. 43 ss.; M. MAZZIOTTI DI CELSO – G. M. SALERNO, *Manuale di diritto costituzionale*, II, Padova 2003, p. 252. Optano per la sovrapposibilità, A. AMORTH, *La Costituzione italiana. Commento sistematico*, Milano, 1948, p. 99; P. BARILE, *Il soggetto privato nella Costituzione italiana*, Padova, 1953, pp. 156 ss.; A. CERRI, *Fedeltà (dovere di)*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma, 1989, pp. 1 ss. Ne sottolinea la materiale indistinguibilità, G. ZUCCALÀ, *L'infedeltà nel diritto penale*, Padova, 1961, p. 125.

²⁰⁰ Cfr. A. PACE, *Dai diritti del cittadino ai diritti fondamentali dell'uomo*, in *Rivista AIC*, n. 0/2010, p. 8.

²⁰¹ Così, S. FOIS, *Principi costituzionali e libera manifestazione del pensiero*, Milano, 1957, p. 168.

²⁰² Sul punto, G. M. LOMBARDI, *Fedeltà (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia del diritto*, XVII, Milano, 1968, p. 166.

²⁰³ Vedi, L. VENTURA, *Art. 54*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna, 1994, pp. 47 ss.

²⁰⁴ Approfonditamente, G. BALLADORE PALLIERI, *Diritto costituzionale*, Milano, 1962, pp. 381 ss.

²⁰⁵ In tal senso, G. FERRARI, *Giuramento (diritto pubblico)*, in *Enciclopedia giuridica*, XV, Roma, 1989, p. 13.

Pertanto, vincolata all'esecuzione di un giuramento inespletabile, la persona incapace di intendere e di volere²⁰⁶ è irrimediabilmente esclusa dal godimento della cittadinanza e dei suoi diritti.

La cittadinanza, pur se postulato di statuizioni formali²⁰⁷, è precipitato di un'afferenza sostanziale²⁰⁸ e, così intesa²⁰⁹, non è categorizzabile²¹⁰ in termini di mero *status*²¹¹ o rapporto giuridico²¹², ma si (de)struttura²¹³ entro un paradigma inclusivo²¹⁴, in cui il disabile non è semplice intestatario di una condizione giuridica, ma persona che esercita diritti e adempie doveri²¹⁵.

Ne consegue che l'obbligatorietà del giuramento, negando inclusione²¹⁶, estrometta l'incapace dal nucleo familiare in cui è nato e dalla collettività cittadina in cui si è formato, riducendo le *chance* di partecipazione futura ed elidendo le esperienze relazionali acquisite.

Di converso, se si aderisce a un modello biopsicosociale di disabilità, e quindi si garantisce attuazione al programma personalista sotteso alla Costituzione, le patologie incidenti sul compimento dell'atto non possono che escludere il nesso di causalità tra obbligatorietà del giuramento e assunzione dello *status civitatis*, esonerando dalla prestazione la persona incapace di adempiervi a causa di una grave e accertata condizione di disabilità.

In sintesi, se il principio personalista pone al vertice dell'ordinamento la dignità e il valore della persona, intimando la rimozione degli ostacoli che impediscono libertà, eguaglianza e sviluppo umano, l'imposizione normativa del giuramento (*rectius*, discriminazione a causa di condizioni personali) può risolversi in una forma di emarginazione che esclude il disabile dal godimento della cittadinanza e degli affetti familiari²¹⁷.

²⁰⁶ P. FALZEA, *La riforma del sistema della cittadinanza ed il problema del voto agli stranieri*, in P. FALZEA (a cura di), *Evoluzione sociale ed evoluzione normativa nella società complessa*, Torino 2005, 76.

²⁰⁷ L. PALADIN, "Cittadinanza regionale" ed elezioni consiliari, commento alla sentenza n. 26/1965 della Corte costituzionale, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1965, p. 66.

²⁰⁸ E. GARGIULO, *Localizzazione dei diritti o localismo dell'appartenenza? Abbozzo di una teoria della residenza*, in *SocietàMutamentoPolitica*, n. 3/2011, p. 249.

²⁰⁹ S. STAIANO, *Migrazioni e paradigmi della cittadinanza: alcune questioni di metodo*, in *Federalismi*, n. 21/2008, p. 17.

²¹⁰ R. CLERICI, *Cittadinanza* (voce), in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, III, Torino, 1989, p. 113.

²¹¹ C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, I, Padova, 1969, p. 115.

²¹² E. GROSSO, *Cittadinanza e partecipazione politica a livello locale*, in M. SCUDIERO (a cura di), *Le autonomie al centro*, I, Napoli, 2006, p. 22.

²¹³ S. ROSSI, *Incapacitazione e acquisto della cittadinanza. Nota a prima lettura a Corte cost. n. 258/2017*, in *Forum costituzionale*, 2017, p. 7.

²¹⁴ S. RODOTÀ, *Cittadinanza: una postfazione*, in D. ZOLO (a cura di), *La cittadinanza, appartenenza, identità, diritti*, Roma-Bari, 1994.

²¹⁵ P. FALZEA, *La riforma del sistema della cittadinanza ed il problema del voto agli stranieri*, in P. FALZEA (a cura di), *Evoluzione sociale ed evoluzione normativa nella società complessa*, Torino, 2005, p. 76.

²¹⁶ P. PERLINGIERI, *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, Napoli, 1972, p. 139.

²¹⁷ Per un inquadramento generale della problematica, G. SIRIANNI, "Diritto alla unità familiare" e "interesse agli affetti" dei cittadini extracomunitari secondo la Consulta, in *Costituzionalismo*, n. 1/2006, p. 7.

E allora, in conformità ai suesposti rilievi, la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 10 della legge 5 febbraio 1992, n. 91, nella parte in cui non prevedeva che fosse esonerata dal giuramento la persona incapace di adempiervi a causa di grave e accertata condizione di disabilità che ostasse al materiale compimento dell'atto.

Si appunta *a latere* che il Giudice delle leggi ha accolto la questione con riferimento al solo parametro interno, assorbendo le censure prospettate in relazione alle normative sovranazionali²¹⁸.

Parimenti, desta perplessità l'operato del remittente, che ha preferito rinviare la questione alla Corte costituzionale anziché desumere l'esonero dal giuramento dal generale principio "*ad impossibilia nemo tenetur*"²¹⁹.

Più in generale, a non convincere è l'intera pronuncia della Consulta, che, sulla base del citato principio, sarebbe potuta addivenire a una sentenza interpretativa di rigetto (se non addirittura a un'ordinanza di non ricevibilità per assenza di non manifesta infondatezza).

Difatti, se la cittadinanza è sintesi di soggezione²²⁰ e appartenenza²²¹, non può che postulare l'introiezione²²² della fenomenologia costituzionale²²³, esigendo libertà ed eguaglianza tali²²⁴ da garantire la partecipazione effettiva del disabile²²⁵: un paradigma, questo, che non necessita di vidimazione giurisprudenziale, ma è insito nello stesso personalismo costituzionale, nonché nell'ICD-11 e nell'ICF, la

²¹⁸ La marginalità dei precetti *de quibus* è conforme a un *trend* giurisprudenziale che attribuisce carattere servente (sentenza TAR Cagliari, sez. I, 30 ottobre 2010, n. 2442), o addirittura non autoapplicativo (sentenza della Corte costituzionale 14 gennaio 2016, n. 2), alla Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili. Pur sottolineando l'idoneità della stessa a fungere da parametro interposto, non può non rilevarsi il portato espansivo del principio personalista, la cui esplicazione, quantomeno nella specie, è stata ritenuta "sufficiente" a garantire inclusione al naturalizzando incapace, D. AMOROSO, *Inutiliter data? La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità nella giurisprudenza italiana*, in www.sidiblog.org, 2017. Vedi pure, S. MABELLINI, *La "declinazione sussidiaria" del principio di solidarietà... ovvero un passe-partout per il principio dell'equilibrio di bilancio*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 1/2016, p. 32.

²¹⁹ Vedi, G. U. RESCIGNO, *Il progetto consegnato nel comma secondo dell'art. 3 della Costituzione italiana*, relazione presentata al seminario interdisciplinare "Attualità dei principi fondamentali della costituzione in materia di lavoro (artt. 1, 3 e 4 Cost.)", organizzato dall'Associazione italiana di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e dall'Associazione italiana dei costituzionalisti, 2008.

²²⁰ G. BISCOTTINI, *Cittadinanza*, in *Enciclopedia del diritto*, VII, Milano, 1960, p. 146. Cfr. anche, G. JELLINEK, *Sistema dei diritti pubblici subiettivi*, G. VITAGLIANO (trad. it.), Milano 1912, p. 127.

²²¹ In questi termini, E. GROSSO, *Cittadini per amore, cittadini per forza: la titolarità soggettiva del diritto di voto nelle Costituzioni europee*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, n. 2/2000, pp. 505 ss.

²²² Sulla consapevolezza della cittadinanza, F. BILANCIA, *Paura dell'altro. Artificialità dell'identità e scelta dell'appartenenza*, in F. BILANCIA – F. M. DI SCIULLO – F. RIMOLI (a cura di), *Paura dell'altro. Identità occidentale e cittadinanza*, Roma, 2008, pp. 224 ss.

²²³ G. AZZARITI, *La cittadinanza. Appartenenza, partecipazione, diritti delle persone*, in *Diritto pubblico*, n. 2/2011, p. 449.

²²⁴ Cfr. L. CARLASSARRE, *Conversazioni sulla Costituzione*, Padova, 2013, p. 31.

²²⁵ In relazione alla dimensione partecipativo-orizzontale della cittadinanza, G. U. RESCIGNO, *Note sulla cittadinanza*, in *Diritto pubblico*, n. 1/2000, p. 765.

cui lettura combinata rivela che la pachigiria focale, ovvero la patologia di cui alla sentenza esaminata, impedisce il compimento di attività psichiche consapevoli²²⁶.

9. Proposte *de iure condendo*

Come rilevato nel corso della trattazione, la tutela costituzionale del disabile postula l'esplicarsi concertato dei principi personalistico, pluralistico e solidaristico.

Invero, la garanzia dei diritti inviolabili e la promozione della dignità umana funzionalizzano l'ordinamento al pieno sviluppo della persona, rimuovendo gli ostacoli che impediscono una partecipazione libera ed eguale alla vita politica, economica e sociale.

Dirimente, nell'attuazione del descritto programma, è la collaborazione della società, tenuta a strutturarsi in modo da assicurare opportunità di emancipazione alle persone disabili.

Pertanto, al fine di rendere effettiva la tutela costituzionale, l'ordinamento non può esimersi dal rappresentare la disabilità in termini scientificamente validati.

Nello specifico, è chiamato a coglierne il carattere composito, incidendo sulle variabili biologiche, psicologiche e sociali che concorrono alla genesi del fenomeno.

Però, come visto in precedenza, le tutele predisposte dall'ordinamento sottendono un approccio anacronistico, tendenzialmente medico-individualista, basato su classificazioni e linguaggi abbondantemente superati.

E allora, nell'intento di valorizzare la multidimensionalità del fenomeno, legislatore e autorità giudiziaria sono costituzionalmente obbligati a recepire quanto statuito dall'ICF.

In particolare, il recepimento della richiamata classificazione consentirebbe di distinguere funzionamento e disabilità, aprendo le porte a tutele settoriali e personalizzate, tese a uno sviluppo consapevole – ed economicamente sostenibile – delle abilità residue.

Difatti, nel sussumere l'emiparesi del braccio destro entro i paradigmi dell'ICF, la persona eventualmente affettata sarebbe classificata come:

- menomata nelle funzioni neuro-muscolo-scheletriche;
- menomata nelle strutture dell'arto superiore destro;
- impossibilitata a ruotare o a torcere il braccio menomato;
- necessitante supporti fisioterapeutici specificamente individuati.

Ciò atteso, e in ordine alle risultanze dell'ICF, una tutela costituzionale che inveri i principi personalistico, pluralistico e solidaristico non potrebbe che risiedere nella predisposizione – e nella programmazione

²²⁶ Per la verifica empirica di quanto affermato, sono di seguito riportati gli indirizzi del *browser* relativo all'[ICD](#) e di quello relativo all'[ICF](#).



economica – di misure che involvano specificamente e unicamente fisioterapia (onde d’urto, tecar, laser, ultrasuoni ed elettrostimolazione), ginnastica riabilitativa, dotazione di protesi e previsione di posti di riserva in concorsi afferenti a lavori non manuali.

Così come modulata, siffatta tutela eliminerebbe generici sussidi assistenzialistici – tesi all’emarginazione della persona e all’assolutizzazione delle condizioni di disabilità –, valorizzando, di converso, le aree di funzionamento del singolo, ‘sì da garantirne un’inclusione sociale confacente alle proprie possibilità e inclinazioni.

Se ne desume che il recepimento costituzionale dell’ICF possa garantire tutele reali ed effettive, personalizzate ed economicamente sostenibili, in grado di rimuovere, attraverso un minor aggravio della spesa pubblica, tutti gli ostacoli che impediscano la piena inclusione dei disabili, e quindi il progresso materiale e spirituale che essi possono apportare in società.

Pertanto, e in fede a quanto sinora rilevato, risulta indifferibile l’adozione di significanti e significati che conformino l’ordinamento costituzionale ai linguaggi scientificamente validati dell’ICF, aggiornando le norme vigenti in materia di invalidità, inabilità e disabilità.