



# LA TUTELA DEL DIABETICO

La persona diabetica tra diritto alla cura  
e il diritto alle prestazioni sociali





## AUTORI

**Dott. Francesco Atzei**

*Medico chirurgo  
Specialista in Medicina Legale  
Responsabile SSD Medicina Legale - ASL Cagliari*

DEFINIZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI  
UTILI PER LA VALUTAZIONE DEL  
RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE  
E DELL'APPLICAZIONE DELLA L. 104 ART. 3  
AI SOGGETTI CON DIABETE - Pag 3

**Giuseppe Boriello**

*Copresidente  
Federazione Diabete Giovanile - Genova*

PRESENTAZIONE - Pag 2

**Antonio Cabras**

*Presidente Nazionale  
Federazione Diabete Giovanile - Cagliari*

PRESENTAZIONE - Pag 2

**Dott. Marco Comaschi**

*Diabetologo  
Direttore Medicina Interna e Diabetologia  
Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità  
GVM Care & Research - Rapallo (GE)*

IL DIABETE - Pag 6

**Prof. Giampiero Loy**

*Docente Diritto del Lavoro  
Università Cagliari*

LINEE GUIDA PER IL RICONOSCIMENTO ALLE  
PERSONE AFFETTE DA DIABETE DELLE  
MINORAZIONI DI CUI ALLA LEGGE 12 MARZO  
1999, N. 68, E 5 FEBBRAIO 1992, N. 104, ALLA  
LUCE DELLA VIGENTE LEGISLAZIONE - Pag 7

**Carmen Mandas**

*Segretaria  
Federazione Diabete Giovanile – Cagliari*

PRESENTAZIONE - Pag 2

**Prof. Massimo Martelloni**

*Presidente Nazionale  
Coordinamento Medici Legali  
Aziende Sanitarie – COMLAS - Lucca*

DEFINIZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI  
UTILI PER LA VALUTAZIONE DEL  
RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE  
E DELL'APPLICAZIONE DELLA L. 104 ART. 3  
AI SOGGETTI CON DIABETE - Pag 3

**Dott. Nicola Minuto**

*Pediatra Diabetologo  
Ospedale Gaslini - Genova*

IL DIABETE - Pag 6

**Prof. Alessio Sodano**

*Copresidente  
Federazione Diabete Giovanile – Aversa*

PRESENTAZIONE - Pag 2

TABELLA IN APPENDICE - Pag 13

## PRESENTAZIONE

*Siamo a verificare in Italia il continuo crescere di richieste di riconoscimento di invalidità civile e di riconoscimento dell'applicazione della Legge 104 art. 3, nel caso che ci riguarda da parte dei soggetti con diabete. Richieste, che a nostro avviso non sempre derivano dall'oggettivo stato di cronicità, né da una limitazione fisica o da una esplicita previsione della legge. Abbiamo verificato una eccessiva discrezionalità delle Commissioni preposte, la mancanza di linee di indirizzo di valutazione e di applicabilità più conformi alla condizione reale del soggetto, le stesse richieste di questi al fine di un beneficio.*

*Lo stato di cronicità della malattia diabetica in buon compenso metabolico non compromette le capacità di inserimento sociale, dunque lavorativo del soggetto.*

*Il Gruppo di Lavoro formato dalla Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (COMLAS) Pres. prof. Massimo Martelloni e dalla Federazione Nazionale Diabete Giovanile (FDG) nelle persone del pres. Antonio Cabras, della segretaria Carmen Mandas, dei copresidenti Giuseppe Boriello e Alessio Sodano, dal dott. Marco Comaschi Member of the IBDO/BBDO Scientific Committee and Chair of the DAWN2 Italian Project, dal dott. Nicola Minuto Pediatra Diabetologo Ospedale Gaslini Genova, dal prof. Giampiero Loy Docente Diritto del Lavoro Cagliari, dal dott. Francesco Atzei Specialista in Medicina Legale Responsabile SSD Medicina Legale ASL Cagliari, ha redatto il documento in oggetto che sottopone all'attenzione della S.V.*

*Considerando gli aspetti medico legali, diabetologici, sociali e giuridici, partendo dalle normative attualmente in vigore, il documento contenente linee di indirizzo nazionali utili a definire procedure idonee per il diritto al riconoscimento dell'invalidità civile e all'applicazione della L. 104 art. 3 ai soggetti con diabete, vuole fornire uno strumento utile alle Istituzioni e a coloro che vivono in prima persona patologie croniche e invalidanti, nel nostro specifico ai soggetti con diabete. Ben si addice al Piano Nazionale sulla Cronicità e al Piano della Malattia Diabetica, è vicino a questo nell'affermare che il paziente va curato, prevenuto, e la Comunità ( Regioni, Asl, ecc... ) si deve muovere al suo interno.*

*Le linee di indirizzo, scaturite da una attenta analisi e considerazione dei fatti emergenti, che portano ad una grande difformità di comportamenti e di applicazione delle norme, contribuiranno al buon andamento della cronicità, correlata all'attività fisiologica quotidiana e sarà il target per portare lo stato metabolico in binari più appropriati. Inoltre, contribuirà a ridurre le spese sia nell'assistenza, sia nei contenziosi sempre più numerosi (ricorsi, denunce, ecc... ). Certi della Vostra accoglienza per un tavolo di lavoro comune Ministero della Salute, Conferenza Stato Regioni, Gruppo di Lavoro Fdg, nell'attesa, porgiamo i nostri migliori sentimenti.*

## DEFINIZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI UTILI PER LA VALUTAZIONE DEL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE E DELL'APPLICAZIONE DELLA L. 104 ART. 3 AI SOGGETTI CON DIABETE

*Nel corso dell'ultimo anno, su richiesta della Federazione Diabete Giovanile, presso l'Italian Health Policy Brief - Via Della Colonna Antonina 52 Roma, si è riunito il Gruppo di Lavoro formato da : Antonio Cabras, Giuseppe Boriello, Alessio Sodano, Carmela Mandas, prof. Massimo Martelloni, dott. Francesco Atzei, Dott. Marco Comaschi, dott. Nicola Minuto, prof. Gianni Loy , al fine di esaminare e trovare soluzioni alle criticità esistenti nell'ambito delle valutazioni di invalidità civile e dello stato di handicap per le persone affette da diabete mellito.*

*Le criticità rilevate possono essere sinteticamente riassunte in:*

- 1. Estrema variabilità di valutazione di casi simili nelle varie parti d'Italia, all'interno di una stessa Regione, all'interno di una stessa ASL e , talvolta, all'interno della medesima commissione.*
- 2. Notevole importanza attribuita allo stato di compenso della malattia, con la conseguenza che il paziente più ligio alle indicazioni fornite dal diabetologo è quello poi più penalizzato.*
- 3. Le valutazioni sono spesso effettuate a prescindere dall'età del paziente.*
- 4. Nella conferma dello stato invalidante, effettuato ai sensi della L. 68/99, succede che, a causa del miglior controllo della malattia, non si può confermare la valutazione precedentemente espressa e pertanto la persona, ritenuta prima invalida con percentuale superiore a 45%, perde il diritto al collocamento agevolato.*
- 5. Duplicazione del danno nei casi di complicanze a carico dei classici organi bersaglio.*

*Nel periodo in cui sono avvenute le diverse riunioni del Gruppo di Lavoro la Commissione Medica Superiore dell'I.N.P.S. ha redatto un proprio Documento ufficiale, rivolto alle Commissioni Mediche Territoriali dell'Istituto, intitolato "La valutazione a fini di invalidità civile e handicap del minore affetto da diabete mellito tipo 1: Linee guida".*

*Nel suo lodevole intento di rendere omogenei i criteri di valutazione medico-legale dei minori diabetici, contribuendo inoltre al superamento delle condizioni di svantaggio dei minori stessi e dei loro familiari, tale documento non è privo tuttavia di criticità.*

*Tali criticità riguardano, in particolare, il fatto che l'Istituto dispone che le proprie Commissioni debbano in ogni caso riconoscere la sussistenza:*

- 1. di difficoltà persistenti a svolgere compiti e funzioni propri dell'età (ai fini del riconoscimento dello status di "minore invalido" e del conseguente diritto all'indennità di frequenza);*
- 2. della condizione di Handicap in situazione di gravità (con revisione al raggiungimento dell'età adulta)*

*Dal punto di vista medico-legale, dette disposizioni appaiono discutibili.*

*Infatti, riconoscono sempre e comunque i requisiti di legge, prescindendo dal concreto riscontro di situazioni persistenti di scompenso clinico-metabolico e, soprattutto, senza tener conto dell'età del soggetto e della presenza o meno di complicanze d'organo e/o d'apparato.*

*In tale parificazione "a prescindere" vi è, come minimo, un concreto rischio di "non appropriatezza medico-legale", che non può non apparire inquietante.*

*Proprio per ovviare a tali criticità, sia della direttiva INPS, ma soprattutto del sistema di valutazione per legge normato, questo Gruppo di Lavoro ha elaborato la seguente Proposta, che qui si illustra brevemente, per come è riassunta in Tabella.*

*La Tabella incrocia l'età del paziente – sono previste sei fasce di età:  $\delta$  6 aa; 7/10 aa; 10/14 aa; 14/18 aa; 18/65 aa; > 65 aa) – con l'impatto clinico-funzionale del Diabete Mellito sui più importanti organi/apparati "bersaglio" della malattia: rene, sistema nervoso, apparato cardiovascolare, retina. Viene, inoltre, considerata (per quanto più difficile da delineare in termini davvero rigorosi, rispetto alle voci predette) la condizione di scompenso clinico-metabolico.*

*In pratica, la Tabella si caratterizza per l'orientamento alla "menomazione funzionale", in linea con le più recenti acquisizioni della valutazione del c.d. "danno biologico".*

*Per le complicanze d'organo/apparato sono individuate, poi, una classe basilare e una per quelle più gravi; alla Tabella è, a tal fine, acclusa una "Scala delle complicanze", articolata in più livelli di gravità, secondo i più rilevanti e riconosciuti parametri clinici.*

*Per le situazioni di scompenso glico-metabolico, sono invece previste una classe per il mediocre compenso e un'altra per lo scompenso grave.*

*La Tabella presentata si differenzia (più o meno radicalmente) dalle Linee Guida dell'I.N.P.S., sia per quanto concerne la valutazione delle menomazioni riscontrate, che per il conseguente riconoscimento dei benefici di legge. Si differenzia, come ovvio, anche dalle attuali valutazioni tabellari ministeriali. Quanto ai minori, infatti, per la fascia di età fino a 6 aa viene (per definizione) riconosciuto il diritto all'indennità di frequenza e lo status di portatore di handicap grave; invece, per le altre fasce di età, tali benefici vengono modulati, in misura sempre più contenuta (in termini di tempo), con il progredire verso la maggiore età.*

*Particolare rilevanza è stata attribuita al momento del primo riscontro clinico in considerazione della situazione di “cambiamento” che ogni famiglia deve affrontare al momento della diagnosi. Tale cambiamento ha chiaramente dei risvolti psicologici e organizzativi che coinvolge l’intero nucleo familiare e che merita sostegno sociale. In pratica il periodo di riconoscimento del beneficio (numero di anni prima della revisione ordinaria) è tanto maggiore quanto minore è l’età del richiedente.*

*Scarsa o nulla rilevanza viene data alla condizione di “compenso metabolico” in quanto si presume che un buon compenso possa essere sempre raggiunto e inoltre si vuole evitare che si possa volutamente ricercare una condizione metabolica non ottimale finalizzata all’ottenimento dei relativi benefici.*

*La Tabella prevede, come detto, anche la valutazione del Diabete in età adulta.*

*In questo caso, viene riproposta (quantunque solo per le forme prive di complicanze) la nota classificazione in Diabete di tipo 1° e 2°.*

*In presenza di gravi complicanze, invece, viene suggerita una valutazione percentuale base, cui viene proposto di sommare, come metodo fisso ed equo, la valutazione dello specifico danno d’organo/apparato fino al massimo del 100%. In nessun caso è, comunque, prevista d’emblée l’attribuzione del punteggio del 100% o dell’indennità di accompagnamento.*

*L’handicap grave è, infine, riconosciuto esclusivamente per le forme più invalidanti di Diabete Mellito (gravi complicanze d’organo/apparato e/o grave scompenso).*

*Per come è articolata – è convinzione di questo Gruppo di Lavoro – questa Tabella rappresenta un contributo all’appropriatezza della prestazione medico-legale, evitando sia ogni automatismo classificativo, che ogni iper/ipo-valutazione delle menomazioni determinate dal Diabete Mellito.*

## IL DIABETE

*La malattia diabetica, nelle sue due forme epidemiologicamente prevalenti, tipo 1 e tipo 2, è una condizione patologica “globale”. Infatti coinvolge la persona che ne è affetta sia dal punto di vista fisico, sia psicologico, sia, infine, sociale. La storia naturale della malattia la identifica come progressiva, gravata da complicanze d’organo e di apparati correlati alla fisiopatologia, che riconosce numerose cause di danno, tra cui l’iperglicemia è il segno distintivo prevalente. Questa inesorabile storia naturale, tuttavia, è stata modificata profondamente dalla possibilità di applicare alla persona diabetica una notevole mole di terapie, in buona parte farmacologiche, ma anche “assistenziali”, intendendo con tale termine apparentemente ambiguo, una serie di attività “umanistiche”, dall’educazione terapeutica al sostegno psicologico e sociale. La moderna diabetologia clinica, infatti, al di là della conoscenza e del buon uso dei presidi terapeutici farmacologici oggi disponibili grazie ad una ricchissima ricerca di base, riconosce tra i suoi principi fondanti l’approccio comunicativo rivolto alla persona affetta da diabete e ai suoi familiari, e persegue costantemente l’inclusione sociale del diabetico, nella scuola, nel lavoro, nella comunità, riconoscendo a tale obiettivo una misura “terapeutica” idonea alla prevenzione delle complicanze o quanto meno a minimizzarne i danni. In quest’ottica, e nel più ampio concetto di Cura delle Cronicità (Chronic Care Model), che è il modello esposto nel recente Piano Nazionale per la Malattia Diabetica dal Ministero della Salute, una parte rilevante spetta alla comunità, intesa come Società Organizzata, che può e deve utilizzare gli idonei strumenti per consentire alla persona affetta da diabete di ottenere le giuste condizioni di ausilio nei momenti e nelle condizioni che lo richiedono. Riteniamo che l’attuale status legislativo in questa materia, relativamente al diabete, sia oggi parzialmente incongrua, e che esista la necessità di una revisione, sia per quanto riguarda la concessione di riconoscimento di gradi di invalidità, sia per ciò che invece concerne i benefici della legge 104. Siamo convinti che la malattia diabetica, di per sé, non costituisca motivo di riconoscimento di invalidità, ma siamo altrettanto consapevoli che, a fronte di una condizione invalidante provocata dal diabete, questa debba essere riconosciuta in modo aggiuntivo. Nel caso di Diabete di tipo 1 insorto in età infantile è indubbio che non esista alcuna possibilità di autosufficienza, e che tale stato debba essere riconosciuto sia come beneficio di legge per il bambino affetto, sia come possibilità per i familiari di accudire direttamente il proprio figlio. Pertanto, secondo i concetti qui esposti, ci siamo riconosciuti pienamente nel documento prodotto da un’ampia e fattiva discussione con i Colleghi della Medicina Legale, e che abbiamo concordato, con la Federazione del Diabete Giovanile, di proporre alle Autorità Nazionali.*



## LINEE GUIDA PER IL RICONOSCIMENTO ALLE PERSONE AFFETTE DA DIABETE DELLE MINORAZIONI DI CUI ALLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68, E 5 FEBBRAIO 1992, N. 104, ALLA LUCE DELLA VIGENTE LEGISLAZIONE

### **1. Premessa**

La condizione della persona diabetica si è decisamente modificata, negli ultimi decenni, sulla base di due fattori: a) il progresso in campo medico, che consente terapie e stili di vita in grado di consentire una elevata qualità della vita alla persona diabetica; b) il mutamento dell'atteggiamento culturale e dello stereotipo che, nel passato, favoriva atteggiamenti discriminatori ed emarginanti per le persone affette da diabete, soprattutto nel campo del lavoro.

Ciò conduceva, per un verso, alla semplificazione del problema mediante il frequente ricorso alla richiesta di riconoscimento di uno stato di invalidità, da parte della persona stessa o dei suoi familiari e, per altro verso, a vere e proprie forme di discriminazione, soprattutto in fase di assunzione, da parte di datori di lavoro pubblici e privati, che, sulla base del medesimo pregiudizio, consideravano il lavoratore diabetico non idoneo allo svolgimento di numerose mansioni.

Da una parte, i progressi della medicina, consentendo una buona qualità della vita ed una educazione all'autocontrollo, hanno obiettivamente favorito le condizioni per un sempre maggiore integrazione della persona diabetica nel mondo del lavoro. Per altro verso, il progresso di una cultura che valorizza i principi costituzionali della persona e, tra essi il diritto al lavoro, indipendentemente da ogni condizione personale dell'individuo, così come proclama la Costituzione repubblicana, hanno favorito il superamento del tradizionale pregiudizio e, conseguentemente, almeno ridotto gli ostacoli all'inserimento del mondo del lavoro.

Un importante segnale, non soltanto simbolico, del rinnovato atteggiamento culturale, è contenuto nella legge del 26 marzo 1987, n. 71, che, all'art. 8, da concretezza al principio costituzionale, nell'affermare, a chiare lettere, che **“La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali”**.

Il principio affermato dalla legge, consente, ancor'oggi, due considerazioni: la prima consiste nel fondamentale principio secondo il quale la perdita o la riduzione della capacità lavorativa non discende affatto dalla malattia (ed il principio non riguarda solo la malattia diabetica) bensì dalla impossibilità di svolgere correttamente le mansioni cui il lavoratore dovrà essere adibito, ed infatti solo le “condizioni invalidanti”, riferite alle concrete mansioni da svolgere, potrebbero giustificare



una eventuale dichiarazione di invalidità lavorativa, peraltro relativa soltanto alle mansioni che il lavoratore è tenuto a svolgere.

La seconda osservazione riguarda il fatto che tale principio era ed è già pienamente contenuto nell'ordinamento, senza che occorresse ribadirlo con un a norma. Norma che, quindi, si è resa necessaria proprio per il persistere di una prassi contraria e di una diffusa discriminazione nei confronti dei lavoratori diabetici.

L'evoluzione cui si è fatto cenno, tuttavia, ha favorito significativi progressi ma non ha affatto superato il problema, se è vero che, ancor oggi un significativa quota di datori di lavoro non hanno alcuna difficoltà a dichiarare che mai assumerebbero nella loro azienda un lavoratore diabetico.

La ormai completa liberalizzazione del mercato del lavoro, peraltro, esasperando la competitività, produce nuove e più sottili forme di discriminazione nei confronti dei soggetti appartenenti a categorie che, pur in possesso dell'idoneità lavorativa, potrebbero comportare per il datore di lavoro, anche piccoli problemi organizzativi o rischi di processi che potrebbero, nel futuro, modificare la capacità lavorativa del dipendente.

Inoltre, quando si parla di persone diabetiche, non si fa riferimento solo al diabetico privo di complicazioni, ma anche a tutti coloro che sono portatori di più o meno gravi complicanze che limitano la loro capacità lavorativa soltanto a determinate mansioni (differenziate a seconda del tipo di complicanza) ma che, obiettivamente, collocano queste persone in una situazione di svantaggio.

Affermare la piena idoneità lavorativa, sportiva, scolastica, delle persone affette da diabete privo di complicanze, in definitiva, rappresenta un fondamentale punto di partenza, ma non ci esime dal riflettere sulla effettività del principio ed immaginare interventi idonei a garantire una effettiva uguaglianza tra tutte le persone che aspirano ad inserirsi nel mondo del lavoro, indipendentemente dalle condizioni psico-fisiche. Rimane, tuttavia, l'esigenza di riconsiderare come ed in che misura, le persone affette con diabete con complicanze, possano rientrare tra i destinatari delle opportunità che la legge offre a tutti i soggetti con ridotta capacità lavorativa tra i quali, ovviamente le persone diabetiche con complicanze invalidanti.

## **2. I riferimenti normativi**

In questo momento, le più rilevanti norme che prevedono misure di compensazione per gli svantaggi derivanti da minorazioni psico-fisiche riguardo all'accesso al lavoro ed al suo mantenimento materia di accesso al lavoro ed al suo mantenimento, sono due:

a) La legge n. 68/1999 prevede che i datori di lavoro pubblici e privati siano tenuti a mantenere alle proprie dipendenze una quota di lavoratori affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali da assumere in misura e con modalità variabili a seconda del numero degli occupati.

Possono essere assunti con tale modalità le persone in età lavorativa con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%.

L'accertamento delle condizioni di disabilità è svolto dalle Commissioni previste dalla legge 104/92.

b) La legge n. 104/1992 prevede misure di sostegno alle persone che presentino una minorazione fisica, psichica o sensoriale che sia causa di difficoltà di apprendimento di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Particolari agevolazioni sono concesse nel caso di minorazione connotata da gravità, che sussiste quando "la minorazione singola o plurima abbia ridotto l'autonomia personale correlata all'età in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione".

In caso di presenza di handicap grave, ai sensi dell'art. 33 della legge, alcuni diritti in ambito lavorativo (permessi, scelta della sede) sono concessi altresì ai genitori o ai parenti ed affini della persona con handicap grave.

L'accertamento delle condizioni di disabilità è svolto dalle Commissioni previste dalla legge 104/92.

In entrambi i casi, la valutazione del "grado" di "minorazione" è svolta dalle Commissioni mediche che, ove necessario, sono integrate da un operatore sociale e da un esperto, tuttavia, l'oggetto della valutazione, e quindi i criteri che le Commissioni dovranno applicare sono differenti.

### **3. In particolare la legge n. 68/1999.**

Per quanto riguarda i benefici della legge n. 68/1999, l'indicazione dei destinatari è chiara: si tratta di coloro che siano affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali. Non tutte le minorazioni sono prese in considerazione ma soltanto quelle che: provocano una "riduzione della capacità lavorativa" ed condizione che la riduzione della capacità lavorativa sia (seppur con talune eccezioni) superiore al 45%.

Ciò significa che l'attenzione di chi debba valutare il grado di invalidità deve soffermarsi non tanto sul profilo soggettivo della minorazione, quanto sulla idoneità della minorazione a compromettere la capacità lavorativa del soggetto. In definitiva, sia la gravità della malattia che la sua prognosi, di per sé, sono indifferenti.

Per quanto riguarda la malattia diabetica, ciò significa che in nessun caso la semplice presenza della patologia, priva di complicanze, può comportare, di per sé, il riconoscimento di una minorazione che comporti una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 45%.

Ciò che può ridurre la capacità lavorativa, pertanto, non è la sua malattia, bensì le **complicanze invalidanti**. Queste, sì che possono incidere sulla capacità lavorativa. Dal punto di vista giuridico, il medico che debba attestare la riduzione della capacità lavorativa dovrà giustificarlo in quanto la malattia diabetica comporti, nel soggetto esaminato, complicanze tali da ridurre la sua capacità lavorativa nella misura indicata dalla legge.

Non può neppure sottacersi che la legge fissa una soglia di riduzione della capacità da valutare in comparazione con altre categorie di persone affette da minorazioni, di altra natura, tali da comportare una difficoltà nell'accesso al lavoro. Detto in altri termini: a quali minorazioni derivanti da altre patologie corrisponde la complicità invalidante del soggetto affetto da malattia diabetica?

In definitiva, per quanto riguarda i benefici di cui alla legge n. 68/1999, può pacificamente affermarsi che

la sussistenza della malattia diabetica, indipendentemente dalla sua gravità, non può comportare una riduzione della capacità lavorativa e quindi, a maggior ragione, non può mai giustificare il riconoscimento di una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 45%.

la riduzione della capacità lavorativa va accertata e giustificata sulla base della presenza di fattori invalidanti, ovviamente anche causati dalla malattia;

la valutazione va fatta tenendo conto che viene applicato un coefficiente da confrontare non con altre persone affette dalla medesima patologia in misura più o meno grave, bensì con persone affette da minorazioni causate da altri e differenti eventi o patologie.

#### **4. In particolare la legge n. 104/1992**

La ratio della legge n. 104, nonostante la presenza di analogie, è sostanzialmente diversa. La legge n. 68/1999 è costruita sulla premessa di un accertamento della riduzione della capacità lavorativa, la legge del 1992, invece, fa riferimento alla riduzione della autonomia della persona. Per quanto riguarda la misura della menomazione, la soglia che rende il soggetto destinatario delle misure stabilite dalla legge non è espressa con riferimento ad una percentuale, bensì con un aggettivo che la qualifica: dovrà trattarsi di una "grave" minorazione. Ed una minorazione è definita grave, secondo quanto stabilito dal legislatore, quando: "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".

In questo caso, è ancor più evidente l'assenza di qualunque automatismo tra il requisito richiesto per il riconoscimento della gravità della minorazione e la sussistenza della malattia diabetica sia sotto il profilo della natura (riduzione della autonomia versus riduzione della capacità lavorativa), sia sotto il profilo dell'entità della minorazione (necessità di intervento assistenziale permanente versus riduzione del 45% della capacità lavorativa).

In apparenza, il riferimento alla specificità della patologia diabetica sembrerebbe ancora più sfumato. Posto che, in questo caso la condizione richiesta non è certamente la presenza della malattia diabetica, ma neppure, di per sé, a presenza di complicazioni invalidanti, bensì la sussistenza di una riduzione della autonomia personale della persona che renda necessario un intervento assistenziale permanente e continuativo.

Tutto ciò induce a ritenere che, per quanto riguarda la legge n. 104/1992, a differenza di quanto



detto a proposito della legge n. 68/1999, anche per la tipologia degli interventi previsti a favore delle persone che integrino i requisiti stabiliti dalla legge (tra cui i permessi concessi al coniuge, parenti e affini), la situazione più tipica sia quella del minore al quale venga per la prima volta diagnosticato il diabete.

La manifestazione del diabete in un minore, di per sé, non configura affatto una riduzione della capacità lavorativa. Anzi al contrario, siamo indotti a ritenere che per i minori in tenera età si prospetti una qualità della vita (ed una capacità lavorativa) affatto migliore rispetto al passato. Ovviamente, ipotizzando che nei loro confronti venga instaurato un trattamento terapeutico-educativo coerente con i moderni standard.

Se non è ipotizzabile una riduzione della capacità lavorativa, tuttavia, ben può ipotizzarsi, nella prima fase di insorgenza della malattia, una situazione di grave riduzione dell'autonomia personale. L'insorgere della patologia diabetica, infatti, determina, all'interno del nucleo familiare, un evidente disagio psicologico ed organizzativo che può rivestire carattere di gravità. In questa prima fase potrebbero presentarsi problemi psicologici di accettazione della malattia da parte dei familiari più stretti, può verificarsi una alterazione dei ritmi organizzativi della famiglia, che potrebbe essere accentuata a seconda dell'attività lavorativa svolta dai genitori, potrebbe rendersi indispensabile la presenza dei o di un genitore in alcune fasi della somministrazione della terapia, etc. Si presentano, in altri termini tutte le condizioni (necessità di un intervento assistenziale, permanente e continuativo) che giustificano l'applicazione delle misure indicate dall'art. 33 della legge.

Si tratta di una situazione che, verosimilmente, ha carattere transitorio, cioè destinata a venire meno, una volta superato il trauma collettivo e consolidati i ritmi connessi alla gestione della patologia. Il fatto che la legge faccia riferimento ad un intervento assistenziale "permanente", non deve trarre in inganno. Tale termine, infatti, non deve essere inteso.

In definitiva, laddove il primo accertamento della malattia diabetica produca le condizioni che integrano la previsione di cui all'art. 3 della legge n. 104, seppure con carattere di transitorietà, è del tutto giustificato che la Commissione possa ritenere di trovarsi in presenza di una minorazione con "connotazione di gravità" tale da giustificare l'applicazione di quanto disposto dall'art. 33 della stessa legge. **Ritengo che, in tal caso, la medesima Commissione possa stabilire l'arco temporale entro il quale tale connotazione di gravità debba essere riconosciuta e stabilire, eventualmente, una data per verificare il perdurare o il superamento di tale, transitoria, grave minorazione**

### **5. Conclusioni.**

Posto che la previsione legislativa, sia nell'ambito della legge n. 68/1999 che della legge n. 104/1992, si concreta con una decisione che comporta sicuramente una discrezionalità tecnica, e posto che le strutture destinate a stabilire il grado di riduzione delle capacità lavorativa ai fini dell'inserimento lavorativo e la condizione di grave riduzione dell'autonomia personale sono distribuite nel territorio, si osserva l'applicazione di criteri non omogenei nel territorio nazionale. Ciò fa sì che situazioni identiche o simili vengano trattate in maniera differente a seconda dell'area geografica o della Commissione preposta all'accertato.

Una differente interpretazione di situazioni apparentemente uguali da parte di differenti Commissioni di valutazione, anche in considerazione del forte *intuitus personae* insito nella materia, può ritenersi fisiologico. Tuttavia le disparità segnalate possiedono, non di rado, carattere eclatante e quindi tali da determinare una situazione di effettiva e non giustificata disparità di trattamento tra persone che si trovano in analoghe situazioni.

Il rimedio, ovviamente, non può essere cercato a livello legislativo ma, piuttosto, con l'emanazione di linee guida uniformi sul territorio nazionale in grado di indicare criteri comparabili ed oggettivi che favoriscano l'adozione di decisioni uguali in presenza di situazioni analoghe. È indispensabile che vengano correttamente intese la lettera e lo spirito della legge, anche nel loro carattere evolutivo, perché siano i tecnici ad indicare linee di comportamento tali da garantire una più corretta ed uniforme applicazione della legge su tutto il territorio nazionale, riportando ad un livello fisiologico le possibili disparità di interpretazione.

## Proposta di valutazione del DIABETE MELLITO per HANDICAP e per INVALIDITÀ CIVILE

	fino a 6 anni	da 7 a 10 anni	da 10 a 14 anni	da 14 a 18 anni	da 18 a 65 anni	oltre 65 anni
<b>senza complicanze e in buon compenso</b>	IF – HG	IF – HG x 3 anni se di recente insorgenza – x 1 o 2 anni se di dataata insorgenza	IF – HG x 2 anni se di recente insorgenza x 1 anno se di dataata insorgenza	IF – HG x 1 anno se di recente insorgenza	Tipo 1° 25% - NH Tipo 2° 15% - NH	NI - NH
<b>complicanze renali gravi</b>	IF – HG	IF – HG x 3 anni IF – senza scadenza HG x 5 anni	IF – HG x 2 anni IF – senza scadenza HG x 3 anni	IF – HG x 1 anno IF – senza scadenza HG x 2 anni	50% - NH o HNG 30% + danno renale HG o HNG	50% - NH o HNG 30% + danno renale HG o HNG
<b>complicanze neurologiche</b>	IF – HG	IF – HG x 3 anni	IF – HG x 2 anni	IF – HG x 1 anno	50% NH o HNG	50% NH o HNG
<b>complicanze neurologiche gravi</b>	IF – HG	IF – senza scadenza HG x 5 anni	IF – senza scadenza HG x 3 anni	IF – senza scadenza HG x 2 anni	30% + danno neurologico HG o HNG	30% + danno neurologico HG o HNG
<b>complicanze cardiovascolari</b>	IF – HG	IF – HG x 3 anni	IF – HG x 2 anni	IF – HG x 1 anno	50% NH o HNG	50% NH o HNG
<b>complicanze cardiovascolari gravi</b>	IF – HG	IF – senza scadenza HG x 5 anni	IF – senza scadenza HG x 3 anni	IF – senza scadenza HG x 2 anni	30% + danno vascolare HG o HNG	30% + danno vascolare HG o HNG
<b>complicanze retiniche</b>	IF – HG	IF – HG x 2 anni	IF – HG x 2 anni	IF – HG x 1 anno	30% + danno sensoriale NH o HNG	30% + danno sensoriale NH o HNG
<b>complicanze retiniche gravi</b>	IF – HG	IF – senza scadenza HG x 5 anni	IF – senza scadenza HG x 3 anni	IF – senza scadenza HG x 2 anni	30% + danno sensoriale HG o HNG	30% + danno sensoriale HG o HNG
<b>in mediocre compenso</b>	IF – HG	IF – HG x 3 anni	IF – HG x 2 anni se di recente insorgenza	IF – HG x un anno	Tipo 1° 30% - Tipo 2° 20% HNG x 2 anni	35% HNG x 2 anni
<b>in grave scompenso</b>	IF – HG	IF – HG x 3 anni	IF – HG x 2 anni se di recente insorgenza	IF – HG x 1 anno	Tipo 1° 35% - Tipo 2° 25% HG x 1 anno	40% HG o HNG x 1 anno

**SCALA DELLE COMPLICANZE**

**Diabete di tipo 1 o tipo 2 con complicanze renali:**

- con MAU (microalbuminuria) presente (rapporto A/C albumina/creatinina), senza riduzione del GFR (filtrato glomerulare) – nessun grado
- con Macroalbuminuria e GFR > 60 – 1° livello
- con Proteinuria e GFR < 60 > 30 – 2° livello
- con GFR < 30 – 3° livello
- ESRD – 4° livello

**Diabete di tipo 1 o 2 con complicanze neurologiche**

- Con neuropatia sensitivomotora periferica non dolorosa e senza turbe della deambulazione – nessun grado
- Con neuropatia autonoma CV comprovata – 1° livello
- Con neuropatia periferica dolorosa o con turbe della deambulazione – 2° livello
- Con neuropatia autonoma extracardiaca (vescicale, digerente, ipoglicemia unawareness) – 3° livello
- Con associazione di neuropatia periferica ed autonoma con Hypoglycemia unawareness – 4° livello

**Diabete di tipo 1 o 2 con complicanze retiniche**

per retinopatia “background” senza riduzione del visus – nessun grado

per retinopatia background e riduzioni del campo visivo secondarie a FC laser - 1° – 2° livello

per retinopatia proliferante e/o edema maculare – 3° - 4° livello

**Diabete di tipo 1 e 2 con “piede diabetico”:**

In presenza di ulcera attiva e/o di esiti di ulcere con persistenza di fattori di rischio evolutivo – 2° livello

in presenza di amputazioni minori o maggiori – 3° - 4° livello

MAU = microalbuminuria  
A/C = albumina/creatinina  
GFR = Glomerular filtration rate  
ESRD = End-Stage Renal Disease  
CV = cardiovascolare  
FC = fotocoagulazione

NI: non invalido – IF: indennità di frequenza – IA: indennità di accompagnamento – HG: handicap grave – HNG: handicap non grave – NH: non handicap grave.  
Le proposte valutative sono inerenti le prime visite e non le revisioni (queste ultime sono effettuate oramai dalle commissioni INPS).  
Per le valutazioni comprese tra i 20 e 30 punti percentuali potrebbe essere usato, con criterio analogico, il codice 6465 inerte la pancreatite cronica 2° classe.