

GUIDA AI DIRITTI DEI PAZIENTI CON AMILOIDOSI CARDIACA

Realizzato con il contributo
non condizionante di



Con il patrocinio di



Fondazione italiana per il cuore

Associazione senza scopo di lucro
Riconoscimento giuridico n. 14.12.649



Editore Rarelab Srl

Editing e progetto grafico Puntoventi S.n.c.

Coordinamento editoriale a cura di Ilaria Vacca.

Testi a cura di Ilaria Vacca, Alessandra Babetto, Valentina Lemma, Roberta Venturi,
Sportello Legale "dalla parte dei Rari" di Osservatorio Malattie Rare.

Disclaimer: Il presente documento, finito di elaborare nel mese di gennaio 2024 si configura come uno strumento di consultazione dedicato alla cittadinanza. I contenuti non hanno pretesa di esaustività e non possono essere considerati fonte normativa. I contenuti scientifici sono stati accuratamente validati ma in nessun caso possono sostituire il parere dello specialista o un parere legale. I contenuti, di proprietà di Osservatorio Malattie Rare, possono essere utilizzati esclusivamente a uso non commerciale, previa richiesta scritta da inviare a info@osservatoriomalattierare.it e citazione della fonte.

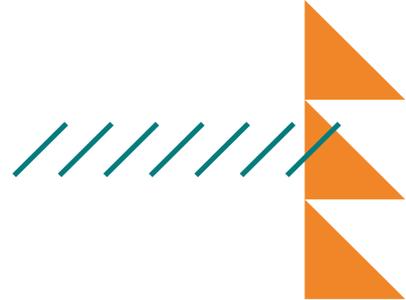
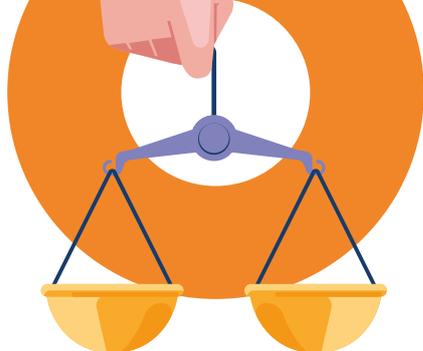
Tutti i diritti sono riservati

©Osservatorio Malattie Rare 2024

INDICE

PREFAZIONE	5
SCHEDA INTRODUTTIVA - L'AMILOIDOSI CARDIACA	8
CAPITOLO 1 - LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ED ESENZIONI PER MALATTIA RARA	10
1.1 Cosa sono i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza	10
1.2 LEA ed esenzioni per malattie rare	12
1.3 Come ottenere l'esenzione per malattia rara	13
1.4 Il Testo Unico Malattie Rare – Legge n. 175/2021	15
CAPITOLO 2 - INVALIDITÀ CIVILE	18
2.1 L'invalidità civile e le prestazioni economiche relative	18
2.2 L'iter per l'accertamento sanitario dell'invalidità civile	32
2.3 Con quale metodo la commissione giudica l'invalidità	35
2.4 Leggere il verbale	38
2.5 Fare ricorso	42
CAPITOLO 3 - LEGGE 104	44
3.1 La Legge 104	44
3.2 Legge 104: iter procedura di accertamento	45
3.3 Come leggere il verbale di handicap	46
CAPITOLO 4 - IL CONTESTO LAVORATIVO	49
4.1 I diritti dei lavoratori con disabilità	49
4.2 La Legge 68/99 e il collocamento mirato	51
4.3 Il congedo per cure	57
4.4 I diritti dei caregiver	58
CAPITOLO 5 - PENSIONI E APE SOCIALE	62
5.1 Pensione anticipata per i lavoratori con invalidità	62
5.2 Ape sociale	63
CAPITOLO 6 - AGEVOLAZIONI FISCALI PER PERSONE CON INVALIDITÀ CIVILE E LEGGE 104	66
6.1 Le agevolazioni per il settore auto	66
6.2 Le detrazioni per i figli a carico	68
6.3 Le spese sanitarie e i mezzi di ausilio	69
6.4 La detrazione per gli addetti all'assistenza a persone non autosufficienti	69
6.5 L'IVA ridotta per l'acquisto di ausili tecnici e informatici	70
6.6 Le altre agevolazioni per i non vedenti	70
6.7 L'eliminazione delle barriere architettoniche	71
6.8 La detrazione per interventi di ristrutturazione edilizia	71
6.9 La detrazione per le polizze assicurative	72
6.10 L'imposta agevolata su successioni e donazioni	72

CAPITOLO 7 - DOMANDE FREQUENTI	73
1. Ho diritto al contrassegno per il parcheggio disabili?	73
2. Con l'amiloidosi cambia qualcosa per il rinnovo della patente?	73
3. Ho l'amiloidosi, posso curarmi all'estero?	75
4. Sono affetto da amiloidosi, ho diritto all'invalidità civile?	77
5. Sono affetto da amiloidosi, ho diritto alla Legge 104?	77
6. Sono affetto da amiloidosi, ho diritto all'esenzione dal ticket?	77
7. Le persone con amiloidosi hanno diritto ad agevolazioni fiscali particolari?	78
8. Quali sono i centri di riferimento per l'amiloidosi?	78
9. Dove posso trovare informazioni aggiornate sulle terapie per l'amiloidosi?	78
LE ASSOCIAZIONI CHE HANNO PATROCINATO LA GUIDA	79



PREFAZIONE

A cura di Ilaria Vacca e Roberta Venturi, Sportello Legale "Dalla Parte dei Rari"

Le amiloidosi sono un gruppo di malattie sistemiche rare ad alta complessità. Il cuore è quasi sempre coinvolto e l'interessamento cardiaco è il principale fattore prognostico. La complessità della presa in carico necessaria per questi pazienti dipende non soltanto dall'interessamento cardiaco ma anche da tutte le altre manifestazioni che accompagnano la cardiomiopatia.

A livello fisiopatologico, le amiloidosi sono **malattie causate dall'accumulo di alcune proteine nei tessuti**. Queste proteine si aggregano e si depositano nello spazio extracellulare in forma fibrillare, dando luogo a strutture estremamente ordinate e molto complesse dal punto di vista molecolare. I diversi organi e tessuti colpiti subiscono un progressivo danno, dovuto al sovvertimento del tessuto e all'azione proteotossica di queste molecole. Sono malattie che possono essere acquisite o ereditarie e si differenziano in tante forme che dipendono dalla natura della proteina depositata.

L'amiloidosi AL, causata dal deposito di catene leggere di immunoglobuline monoclonali prodotte da un clone plasmacellulare midollare e l'amiloidosi da transtiretina sono certamente le forme più frequenti. In particolare, l'amiloidosi da transtiretina wild-type (non ereditaria) colpisce per lo più soggetti anziani di sesso maschile e sembra avere una prevalenza superiore alle altre forme. Si tratta di una malattia cardiaca ancora ampiamente sottodiagnosticata.

I sintomi di un'amiloidosi cardiaca sono quelli delle cardiomiopatie: il muscolo cardiaco non funziona come dovrebbe e possono **comparire affanno, gonfiore alle gambe, stanchezza, perdita di peso non voluta, battiti irregolari o episodi di palpitazioni, vertigini e svenimenti**, in particolar modo legati alla comparsa di aritmie, come la fibrillazione atriale e allo scompenso cardiaco. Esiste poi una **correlazione tra alcuni eventi ortopedici** (tunnel carpale bilaterale, stenosi del canale lombare, interessamento dell'articolazione della spalla) e l'amiloidosi cardiaca.

Il primo passaggio diagnostico è sempre distinguere tra l'amiloidosi da catene leggere e quella da transtiretina, perché le manifestazioni cliniche sono diverse, e diverse sono le terapie. La distinzione avviene mediante una biopsia, attraverso la quale si caratterizza lo specifico tipo di amiloide accumulato nei tessuti. Oppure si può procedere alla diagnosi tramite una scintigrafia seguendo un ben definito algoritmo diagnostico.

Nel caso in cui la diagnosi di amiloidosi da transtiretina sia confermata è sempre necessario procedere con l'indagine genetica, che viene offerta gratuitamente a tutti i



pazienti. Una volta ottenuta la conferma diagnostica, al paziente viene offerta una presa in carico multidisciplinare.

Anche **grazie alla crescente disponibilità di terapie che hanno rivoluzionato questo campo negli ultimi 10 anni, il riconoscimento di queste patologie e la qualità della presa in carico sono molto migliorati.** In Italia sono cresciuti molti centri dedicati e in generale si riscontra una buona capacità di accogliere i pazienti sul territorio, **garantendo gratuitamente tutte le prestazioni, diagnostiche e clinico-assistenziali, e l'accesso ai farmaci.**

Per una presa in carico ottimale ogni centro è chiamato a offrire la presenza di un team multidisciplinare, che comprenda specialisti diversi, come il **cardiologo, il neurologo, il genetista, il medico nucleare, il nefrologo, il gastroenterologo, l'oculista, il fisiatra, fisioterapista, psicologo e psichiatra.** Ma anche il ruolo dell'assistente sociale e del terapeuta occupazionale sono importanti, **per supportare i pazienti che potrebbero necessitare una transizione lavorativa verso la pensione anticipata, o che hanno necessità dell'ottenimento della Legge 104 e dell'invalidità civile per poter continuare a lavorare o per essere supportati nella vita quotidiana.**

Ricordiamo infatti che, soprattutto nelle forme ereditarie, l'aspetto neurologico, la difficoltà a camminare, possono minare fortemente l'autonomia dei pazienti e possono impattare pesantemente durante la vita lavorativa.

Talvolta nel corso delle terapie è necessario assentarsi dal lavoro. Anche in questo caso **è bene che i pazienti conoscano i propri diritti.** Sebbene infatti le terapie abbiano radicalmente modificato la prognosi, e la maggior parte di coloro che ricevono una diagnosi precoce possano vivere una vita qualitativamente piena, **le amiloidosi cardiache possono essere ancora fortemente invalidanti e i pazienti devono essere tutelati.**

Per questo motivo abbiamo deciso di realizzare, con il patrocinio di **Concuore Odv, Associazione Fondazione Italiana per il cuore e fAMY onlus,** una guida pratica ai diritti esigibili dei pazienti con amiloidosi cardiaca.

Un volume in 7 capitoli, nato per la consultazione online, che riassume le principali tematiche di interesse dei pazienti con amiloidosi cardiaca sul fronte socio-assistenziale, previdenziale, fiscale e pensionistico.

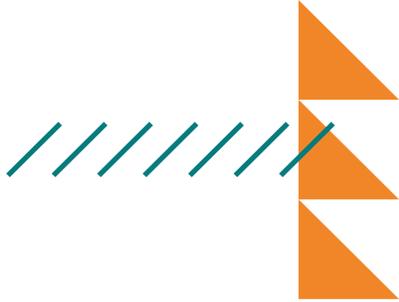
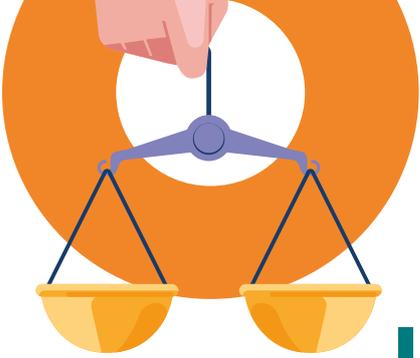
Il primo capitolo è dedicato ai Livelli Essenziali di Assistenza e all'esenzione per patologia rara, il secondo capitolo è dedicato all'invalidità civile, ottenibile dai pazienti con amiloidosi in percentuale variabile, e alle relazioni prestazioni economiche. Il terzo capitolo è dedicato all'ottenimento della Legge 104 e ai benefici previsti da tale riconoscimento, sia per le persone con disabilità che per chi le assiste. Il quarto capitolo è dedicato al contesto lavorativo e ai diritti dei lavoratori con disabilità. Il quinto capitolo è dedicato agli aspetti pensionistici, il sesto alle agevolazioni fiscali. Chiude la Guida il settimo capitolo, che raccoglie le dieci domande più frequenti tra i pazienti, tra le quali molte dedicate alle agevolazioni fiscali spettanti alle persone con disabilità e invalidità civile.

Ci auguriamo di cuore che questa Guida possa essere utile ai pazienti e alle loro famiglie, ma potrebbe essere uno strumento prezioso da poter mettere a disposizione anche dei medici di medicina generale e – perché no – dei clinici di riferimento, che ogni giorno si trovano a dover rispondere alle molte domande dei pazienti, anche al di là degli aspetti strettamente medici.

Un ringraziamento speciale va alla Dr.ssa Laura Obici per il supporto e la supervisione medica fondamentali per la redazione di questa Guida.

*"Ringrazio Osservatorio Malattie Rare per la realizzazione di questo strumento pratico che certamente risponde a una serie di necessità dei pazienti – commenta la Dr.ssa Laura Obici, **S.S. Malattie Rare e Centro per lo Studio e la Cura delle Amiloidosi Sistemiche, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia** – perché le loro necessità socio-assistenziali sono altrettanto urgenti di quelle diagnostiche e terapeutiche. **Conciliare la situazione clinica, la necessità di trattamento con la vita lavorativa può essere in taluni casi anche molto difficile, per questo è fondamentale che i pazienti siano a conoscenza dei diritti che possono ottenere in materia di invalidità civile e 104.***

Garantire una qualità di vita buona ai nostri pazienti è il nostro obiettivo, quindi è nostro compito promuovere la conoscenza di tutto ciò che può migliorare la loro vita".



SCHEDA INTRODUTTIVA

L'AMILOIDOSI CARDIACA

Le proteine sono elementi fondamentali del corpo umano e concorrono a formare componenti cellulari ed extra cellulari nell'ambito degli organi e tessuti: svolgono numerose funzioni, tra cui quella di trasportare altre molecole nel corpo attraverso il sangue. Hanno una struttura tridimensionale che ne consente lo svolgimento delle specifiche funzioni, ma se il processo di ripiegamento che serve a formare questa struttura è errato (*misfolding*), si origina una proteina con anomalie strutturali che risulta nella maggior parte dei casi insolubile e priva di attività biologica.

È ciò che avviene nelle amiloidosi, un gruppo di malattie, ereditarie o acquisite, nelle quali si ha un accumulo di materiale proteico – la cosiddetta sostanza amiloide, spesso in forma di fibrille – all'interno di diversi tessuti e organi. La proteina instabile, "mal ripiegata", può aggregarsi e depositarsi sotto forma di fibrille di amiloide: l'organismo non riesce a degradare questa sostanza, che con il tempo continua quindi a depositarsi finché tessuti e organi perdono progressivamente le loro funzionalità, creando di conseguenza gravi problemi per la salute.

L'AMILOIDOSI CARDIACA

Il cuore è tra gli organi dove generalmente si ha il maggiore accumulo di sostanza amiloide: in questo caso si parla di amiloidosi cardiaca. La deposizione di questa sostanza nel tessuto muscolare del cuore comporta una serie di problemi: incrementa lo spessore delle pareti dei ventricoli, che diventano più rigide, ne riduce l'efficienza contrattile e ne altera il rilasciamento. A parte il tessuto miocardico, l'infiltrazione può coinvolgere anche le valvole cardiache e il sistema di conduzione dello stimolo elettrico, modificandone il corretto funzionamento. Le forme più comuni di amiloidosi cardiaca sono due: l'amiloidosi da catene leggere (AL) e l'amiloidosi da transtiretina (ATTR).

L'AMILOIDOSI DA CATENE LEGGERE (AL)

L'amiloidosi da catene leggere (AL) è la forma più comune di amiloidosi sistemica: l'incidenza stimata della malattia è di 10 casi per milione di abitanti per anno. È una forma non ereditaria e in questo caso la sostanza amiloide è formata dalle cosiddette catene leggere, frammenti di anticorpi (immunoglobuline) che sono prodotte nel midollo osseo dalle plasmacellule. Colpisce spesso il cuore, ma possono essere coinvolti anche altri tessuti e organi nello stesso paziente (reni, fegato, sistema nervoso periferico). La malattia colpisce generalmente gli adulti (l'età media alla diagnosi è di 61 anni) e i segni clinici sono legati alla disfunzione dell'organo maggiormente colpito.

L'AMILOIDOSI DA TRANSTIRETINA (ATTR)

Nell'amiloidosi da transtiretina (ATTR) la proteina coinvolta è la transtiretina (TTR): prodotta dal fegato, normalmente trasporta la vitamina A (retinolo) e gli ormoni tiroidei nel corpo.

In questa forma i depositi possono interessare principalmente il cuore, il sistema nervoso periferico o entrambi i distretti. Ha una prevalenza relativamente alta fra i soggetti con diagnosi di scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata, stenosi aortica a basso flusso e spessore delle pareti cardiache aumentato: è dunque causa di una condizione comune nella popolazione anziana, ma ciò nonostante è ampiamente sottodiagnosticata.

Questa condizione si divide a sua volta in due forme: **l'amiloidosi da transtiretina ereditaria** (hATTR) o mutata (mATTR) e **l'amiloidosi da transtiretina wild-type** (wtATTR). La forma ereditaria è una forma autosomica dominante, dove cioè il difetto genetico viene generalmente ereditato da uno solo dei genitori, che ha il 50% di possibilità di trasmetterlo ad ogni figlio. La prevalenza è difficile da stabilire a causa delle varie mutazioni di transtiretina osservate nelle diverse aree geografiche e talvolta endemiche in certe regioni, tuttavia recenti stime a livello europeo indicano una prevalenza pari a meno di 1 caso su 100.000 abitanti.

L'amiloidosi da transtiretina wild-type è una forma non ereditaria, in passato detta amiloidosi cardiaca senile, perché colpisce in particolare i maschi di età superiore ai 65 anni. Anche se la sua esatta prevalenza non è nota, è pressoché certo che sia la principale causa di amiloidosi cardiaca, in particolare nell'anziano, e potrebbe associarsi fino al 10% dei casi di scompenso cardiaco in questi pazienti. I depositi di amiloide sono diffusi nell'intero organismo, anche se la malattia si manifesta clinicamente per lo più a livello del cuore, con gradi variabili di scompenso cardiaco. Le altre due principali manifestazioni osservate sono la sindrome del tunnel carpale (la compressione del nervo mediano a livello del polso) e la stenosi del canale midollare lombare (la compressione dei nervi a livello lombare), che generalmente si presentano già alcuni anni prima della sintomatologia cardiologica.

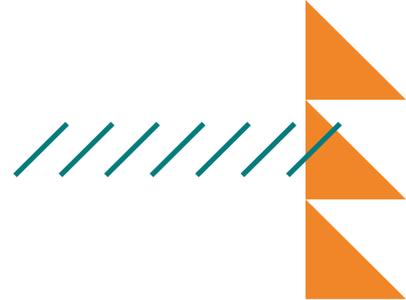
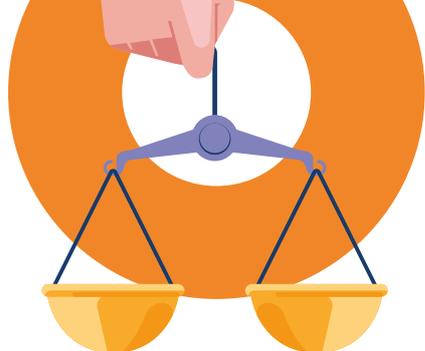
Spesso l'amiloidosi cardiaca viene sospettata in seguito a esami di routine come l'ecocardiogramma e l'elettrocardiogramma: è importante arrivare quanto prima alla sua identificazione, poiché ad oggi la sopravvivenza stimata di questi pazienti, in assenza di trattamento, è di 3-5 anni dal momento della diagnosi in caso di amiloidosi cardiaca da transtiretina, e di un anno in caso di amiloidosi AL.

La conferma della diagnosi richiede esami più specifici: l'esame di riferimento è la biopsia endomiocardica, che individua la presenza di sostanza amiloide e la proteina che lo compone.

Oggi, tuttavia, esistono esami meno invasivi: la risonanza magnetica cardiaca rappresenta un'indagine strumentale particolarmente importante, anche se purtroppo non è in grado di distinguere tra le diverse forme di amiloidosi.

Più accurata nella diagnosi differenziale è la scintigrafia ossea, che permette di identificare i casi di amiloidosi cardiaca da transtiretina. Inoltre, la metodica è in grado di individuare depositi di TTR a uno stadio preclinico della malattia, quando ecocardiogramma, biomarcatori e talvolta risonanza magnetica risultano ancora normali. Nel sospetto di una forma da catene leggere (AL) invece, vengono effettuati ago aspirato e biopsia osteo-midollare. Infine i test genetici sono fondamentali per distinguere tra l'amiloidosi cardiaca da transtiretina wild-type e la forma ereditaria. Se la ricerca di mutazioni nel gene della TTR dovesse essere negativa, a questo punto la diagnosi si indirizza verso la wild-type.¹

1 [Amiloidosi Cardiaca, conoscerla per diagnosticarla in tempo e gestirla al meglio, RareLab 2020.](#)



CAPITOLO 1

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ED ESENZIONI PER MALATTIA RARA

1.1 COSA SONO I LEA, LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire ai cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), da garantirsi su tutto il territorio nazionale.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini ma le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

I LEA PREVISTI DAL DPCM 12 GENNAIO 2017

Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, che definisce i nuovi LEA e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta.

Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016, che ha vincolato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017 e gli allegati che ne sono parte integrante:

- definiscono le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale;
- descrivono con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza;
- ridefiniscono e aggiorniamo gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
- innovano i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete (fino all'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori, per la specialistica ambulatoriale resta valido l'elenco di prestazioni allegato al DM 22 luglio 1996 e per la protesica quello allegato al DM n. 332/1999).

La garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini viene valutata a seguito di un'attività di monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale, attraverso una serie di informazioni che, raccolte ed opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza



e costo. Nello specifico, l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha affidato la verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni al Comitato LEA (Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza) .

I tre grandi Livelli individuati dal DPCM

Il DPCM individua tre grandi Livelli:

Assistenza sanitaria collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli, in particolare:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.

Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- attività trasfusionali;
- attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- centri antiveleni (CAV).

Nel testo del DPCM il Capo IV è dedicato specificatamente all'Assistenza socio-sanitaria, il Capo VI è dedicato all'Assistenza specifica a particolari categorie.

Per ulteriori informazioni è possibile consultare il [sito del Ministero della Salute](#).

1.2 LEA ED ESENZIONI PER MALATTIE RARE

In Italia, dal 2001, con l'approvazione del Decreto Ministeriale n. 279/2001, le persone affette da malattie rare hanno diritto all'esenzione dal ticket, ma **solo sulla base di un elenco di patologie redatto dal Ministero della Salute.**

Le malattie rare che danno diritto all'esenzione sono state individuate in base ad alcuni criteri generali (Decreto legislativo 124/1998):

- la loro rarità (riferita al limite di prevalenza < 5/10.000 abitanti stabilito a livello europeo);
- la loro gravità clinica;
- il grado di invalidità che comportano;
- l'onerosità della quota di partecipazione (derivante dal costo del trattamento).

Si è tenuto anche conto di altri due criteri specifici: la difficoltà di ottenere la diagnosi e la difficoltà di individuare le prestazioni adeguate alle necessità assistenziali, che sono spesso molto complesse. Un'attenzione particolare è stata posta alla difficoltà della diagnosi, derivante dalle limitate conoscenze sulla maggior parte delle malattie rare da parte dei medici, che dovrebbero individuarne il percorso diagnostico.

L'elenco delle malattie rare esenti dalla partecipazione al costo è stato ampliato dal **DPCM del 12 gennaio 2017**. Le nuove esenzioni per malattia rara e/o gruppi di malattie rare, sono entrate in vigore dal 15 settembre 2017.

Il nuovo elenco è stato completamente riorganizzato, dal punto di vista dei codici, della nomenclatura delle patologie e della logica dei gruppi. Il nuovo elenco delle malattie rare esenti prevede **134 nuovi codici** di esenzione per un totale di **circa 1000 patologie rare** esentabili.

Per le amiloidosi il codice di esenzione è RCG130, che identifica il gruppo di patologie definite "Amiloidosi sistemiche".

COSA COPRE L'ESENZIONE PER MALATTIA RARA?

L'esenzione dal ticket è garantita per:

- tutte le **prestazioni appropriate ed efficaci per il trattamento e il monitoraggio** della malattia rara accertata e per la **prevenzione degli ulteriori aggravamenti**;
- le prestazioni finalizzate alla **diagnosi**, eseguite presso i Presidi della Rete nazionale sulla base di un sospetto diagnostico formulato da uno specialista del SSN;
- le **indagini genetiche sui familiari dell'assistito** eventualmente necessarie per diagnosticare, all'assistito, una malattia genetica rara. Infatti, la maggior parte delle malattie rare è di origine genetica e il relativo accertamento richiede indagini, a volte sofisticate e di elevato costo, da estendere anche ai familiari della persona affetta.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, si rinvia alla normativa generale vigente, secondo la quale:

- fascia A (gratuiti per tutti gli assistiti)
- fascia H (farmaci ospedalieri gratuiti)
- fascia C (a pagamento per tutti gli assistiti).

Alcune Regioni, tuttavia, hanno autonomamente disposto l'erogazione gratuita di farmaci per malattia rara o di altri prodotti, anche non classificati come farmaci, **utilizzando fondi propri, in quanto si tratta di livelli di assistenza ulteriori** rispetto a quelli previsti a livello nazionale, i.c.d. extra LEA.

1.3 COME OTTENERE L'ESENZIONE PER MALATTIA RARA

Il ticket, introdotto in Italia dal 1982, rappresenta il modo, individuato dalla legge, con cui gli assistiti contribuiscono o "partecipano" al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono.

Le modalità di esenzione dalla partecipazione al costo delle malattie rare e le specifiche forme di tutela per i soggetti affetti da tali patologie sono previste dal Decreto Ministeriale n. 279/2001.

Il Decreto istituisce, in primo luogo, la Rete Nazionale per le Malattie Rare per la cura, la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare. Tale Rete è costituita da Presidi accreditati, individuati dalle Regioni. La diffusione dell'elenco dei Presidi sanitari inclusi nella Rete è curata dal Ministero della Salute.

L'elenco delle malattie rare per le quali è riconosciuta l'esenzione è contenuto nell'Allegato 7 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Tale elenco ha sostituito il precedente, estendendo il diritto di esenzione ad ulteriori patologie.

RICONOSCIMENTO DELL'ESENZIONE

In presenza di un sospetto diagnostico di una malattia rara inclusa nell'elenco, il medico specialista, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta del Servizio Sanitario Nazionale indirizzano il paziente al Presidio della Rete in grado di garantire la diagnosi della specifica malattia o del gruppo di malattie.

Lo specialista del Presidio di Rete Malattie Rare abilitato può utilizzare un codice di esenzione per offrire gratuitamente ai pazienti tutte le indagini diagnostiche volte a confermare la presenza di una patologia non ancora accertata. Si tratta del **codice R99**, di cui molti pazienti, ma anche molti medici di medicina generale, ignorano l'esistenza.

Sempre presso il Presidio, una volta confermata la diagnosi, l'assistito riceve, da uno specialista che opera nel Centro, un certificato di malattia rara. Tale certificato ha una durata illimitata e validità su tutto il territorio nazionale, e può essere rilasciato da un Centro posto anche fuori dalla regione di residenza. **L'elenco dei centri è disponibile a [questo link](#).**

L'assistito, una volta accertata la malattia presente nell'elenco, **può chiedere il riconoscimento dell'esenzione presso gli sportelli dell'azienda sanitaria locale di residenza**, allegando la certificazione rilasciata dal Presidio della Rete, oltre a un documento di identità in corso di validità e alla tessera sanitaria.

Una volta ricevuto il certificato di esenzione per malattia rara, il paziente ha diritto alle prestazioni di assistenza sanitaria incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per le malattie rare, non è riportato un elenco dettagliato delle prestazioni esenti, in quanto si tratta di malattie che possono manifestarsi con quadri clinici molto diversi e, quindi, richiedere prestazioni sanitarie diverse. Il medico specialista del Centro di diagnosi e cura

dovrà scegliere, tra le prestazioni incluse nei LEA, quelle necessarie e più appropriate alla specifica condizione clinica, indicandole nel piano terapeutico per malattia rara del paziente.

La prescrizione delle prestazioni sanitarie erogabili con esenzione deve contenere il codice della malattia rara per la quale è riconosciuta l'esenzione.

Per chiarire ulteriormente la procedura legata all'ottenimento dell'esenzione per malattia rara, il Ministero ha realizzato una serie di domande/risposte sul tema. In questa sede riportiamo quelle ritenute di maggiore utilità.

Come viene riconosciuto il diritto all'esenzione per malattia rara?

Il diritto all'esenzione è riconosciuto dalla ASL di residenza dell'assistito, sulla base della diagnosi della malattia certificata da un Presidio della Rete per le Malattie Rare esperto per quella specifica malattia o per il gruppo a cui appartiene.

Posso avere l'attestato di esenzione per una malattia rara diagnosticata da un Presidio della rete che non si trova nella mia Regione?

Sì. Esercitando il diritto di libera scelta ci si può rivolgere a un Presidio di fiducia di qualsiasi Regione, sia per la diagnosi che per il monitoraggio. I Presidi della Rete sono individuati dalle Regioni come strutture competenti nella singola malattia o nei gruppi.

Come fare nel caso in cui la certificazione di diagnosi riporti un nome della malattia diverso da quello riportato nell'elenco delle malattie che danno diritto all'esenzione?

In generale, per semplificare le procedure, la certificazione rilasciata dallo specialista del Presidio ai fini dell'esenzione, deve riportare, oltre alla definizione, anche il codice identificativo della malattia o del gruppo di malattie a cui la stessa afferisce, come definito nell'[allegato 7](#) al DPCM 12 gennaio 2017.

Nei casi in cui la certificazione non consenta l'identificazione univoca della malattia rara, è opportuno che la stessa certificazione e la codifica siano verificate da personale medico qualificato ed esperto. In alternativa, l'Azienda sanitaria locale che rilascia l'esenzione può chiedere indicazioni allo stesso presidio che ha effettuato la diagnosi, in tempi brevi e senza creare disagi al cittadino.

Cosa indica il codice di esenzione previsto per ciascuna patologia?

Il codice di esenzione delle malattie rare è composto di sei caratteri (numeri e lettere) che, rispettando l'ordine progressivo dei settori previsti dalla classificazione ICD-9-CM, permette eventuali confronti e aggiornamenti:

- il primo carattere è la lettera "R" che indica che la malattia è individuata come rara;
- il secondo carattere è una lettera che indica il settore della classificazione ICD9-CM cui la malattia o il gruppo di malattie appartiene;
- il terzo carattere è costituito da un numero, nel caso di una malattia singola, o dalla lettera "G", quando il codice si riferisce a un gruppo di malattie;
- i successivi caratteri indicano la numerazione progressiva della malattia o del gruppo di malattie comprese in ciascun settore.

Attenzione! Quando il codice si riferisce a un gruppo di malattie, tutte le malattie afferenti allo stesso gruppo (anche se non espressamente indicate in via esemplificativa) sono identificate da quel medesimo codice.

Perché per le malattie rare non è riportato un elenco dettagliato delle prestazioni esenti?

Perché si tratta di malattie che possono manifestarsi con quadri clinici molto diversi tra loro e, quindi, possono avere necessità assistenziali molto varie e complesse. Il medico dovrà scegliere, tra le prestazioni incluse nei Livelli di Assistenza, quelle più appropriate alla specifica situazione clinica e utili al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze ed efficaci per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti ([D.Lgs. 124/98](#)).

1.4 IL TESTO UNICO MALATTIE RARE – Legge n. 175/2021

Il 27 novembre 2021 è stata pubblicata, in Gazzetta Ufficiale, la Legge n. 175 del 2021, recante “Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani”, noto come Testo Unico sulle Malattie Rare.

La legge, entrata in vigore il 12 dicembre 2021, manca ancora di una serie di decreti attuativi, previsti dalla norma stessa, di competenza del Governo e delle Regioni, necessari per dare concreta attuazione ad alcune delle disposizioni in essa contenute.

Le finalità del provvedimento sono: garantire sull'intero territorio nazionale **l'uniformità della presa in carico diagnostica, terapeutica e assistenziale dei malati rari; disciplinare in modo sistematico e organico gli interventi dedicati al sostegno della ricerca, sia sulle malattie rare sia sui farmaci orfani**. La legge prevede inoltre un [Fondo di solidarietà](#) dedicato al finanziamento delle misure di sostegno del lavoro di cura e assistenza delle persone con malattia rara invalidi civili al 100% o disabili con connotazione di gravità ai sensi della Legge 104.

In questa sede ci preme sottolineare che il Testo Unico Malattie Rare introduce alcuni elementi di novità particolarmente rilevanti per le persone con malattie rare.

PDTA PERSONALIZZATI

Un ruolo importante è assegnato ai **PDTA PERSONALIZZATI, Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali**, che di fatto determinano tutte le prestazioni che il SSN deve garantire ai pazienti, compresi i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali. Se il PDTA personalizzato comprende un farmaco in commercio in altri Paesi, anche per usi *off-label*, il farmaco potrà essere importato a carico del SSN. Sarà necessaria la richiesta di una struttura ospedaliera, anche qualora il farmaco fosse utilizzato per assistenze domiciliari.

L'articolo 4 rimette ai **centri di riferimento**, di cui al D.M. 279 del 2001, la definizione del **Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale Personalizzato** che comprende i trattamenti e i monitoraggi di cui necessita una persona affetta da malattia rara, **garantendo anche un percorso strutturato nella transizione** dall'età pediatrica all'età adulta.

L'articolo chiarisce che sono poste a totale carico del SSN i trattamenti sanitari, già previsti dai LEA o qualificati salvavita, compresi nel PDTA personalizzato e indicati come essenziali, appartenenti alle seguenti categorie:

- prestazioni legate alla **diagnosi**, compresi gli accertamenti diagnostici genetici sui familiari in caso di necessità di conferma diagnostica;
- prestazioni correlate al **monitoraggio** clinico;
- **terapie farmacologiche, anche innovative**, di fascia A o H, i farmaci da erogare ai sensi della Legge 648/1996, i prodotti dietetici e le formulazioni galeniche e magistrali;

- **cure palliative e prestazioni di riabilitazione** motoria, logopedica, respiratoria, vescicale, neuropsicologica e cognitiva, di terapia psicologica e occupazionale, di trattamenti nutrizionale;
- prestazioni sociosanitarie indicate al capo IV del [DPCM 12 gennaio 2017](#): i **percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali**.

L'articolo chiarisce che i dispositivi medici e i presidi sanitari presenti nei PDTA sono posti a carico del SSN, compresi la manutenzione ordinaria e straordinaria e l'eventuale addestramento all'uso. Si considerano i dispositivi e i presidi già oggetto di acquisto tramite procedure di gara, ferma restando la possibilità della prescrizione di prodotti personalizzati ove ne sia dimostrata la superiorità in termini di benefici per i pazienti.

Infine l'articolo stabilisce che per tutelare la salute dei malati rari il **Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia provvede, con proprio decreto, ad aggiornare l'elenco delle malattie rare individuate** dal Centro Nazionale Malattie Rare, sulla base della classificazione **orpha code**, nonché le prestazioni necessarie al trattamento delle malattie rare stesse.

ACCESSO ALLE TERAPIE

La Legge sulle malattie rare affronta poi un altro tema di estrema rilevanza: l'assistenza farmaceutica e l'immediata disponibilità dei farmaci orfani. A questo proposito, l'articolo 5 stabilisce che i farmaci di fascia A o H prescritti ai pazienti affetti da una malattia rara vengono erogati dalle farmacie dei presidi sanitari, dalle aziende sanitarie territoriali di appartenenza del paziente - anche nel caso di diagnosi della malattia rara in una regione diversa da quella di residenza -, dalle farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale; inoltre, in caso di prescrizione relativa a malattia rara, il numero di pezzi prescrivibili per ricetta può essere superiore a tre qualora previsto dal Piano Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Viene consentita l'importazione di farmaci in commercio in altri Paesi anche per usi non autorizzati nei Paesi di provenienza, purché compresi nei Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali. Per l'applicazione di tale disposizione tuttavia il farmaco deve essere richiesto da una struttura ospedaliera, anche se utilizzato per assistenze domiciliari ed è posto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Questi farmaci, nelle more dei periodici aggiornamenti per il loro inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri o in altri elenchi analoghi predisposti dalle competenti autorità regionali o locali, devono comunque essere resi disponibili dalle Regioni. A questo proposito, per chiarezza di informazione, si fa presente che, secondo quanto previsto Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale entro due mesi nel caso di impiego di farmaci per la cura di malattie rare. Contestualmente all'aggiornamento, ciascuna Regione è tenuta a indicare, con deliberazione della giunta regionale, i centri di prescrizione di farmaci con nota AIFA o piano terapeutico.

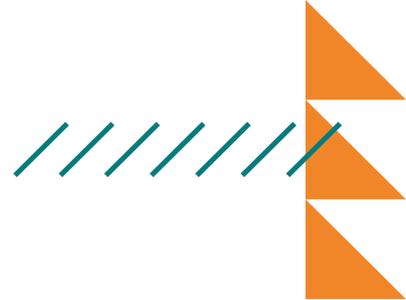
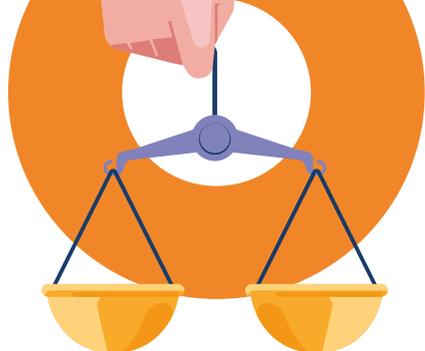
TUMR E DECRETI ATTUATIVI

All'interno della norma si fa riferimento a una serie di decreti, regolamenti e accordi attraverso i quali sarà possibile dare concreta applicazione ad alcune delle disposizioni in essa contenute. A questo proposito, gli atti cui la norma rinvia sono cinque: due decreti

ministeriali, due accordi da stipulare in sede di Conferenza permanente per i rapporti con le Regioni e le Province autonome e un regolamento. Il computo dei termini stabiliti per l'emanazione di questi atti è il 12 dicembre 2021, data di entrata in vigore della norma. L'unico degli atti sino ad oggi emanato è quello previsto dall'articolo 8 relativo all'Istituzione del Comitato Nazionale per le malattie rare.

Gli atti ancora mancanti, previsti dalla Legge, sono:

- decreto per l'istituzione del Fondo di solidarietà per le persone affette da malattie rare, di competenza del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, di concerto con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentito l'INPS (comma 2 dell'articolo 6);
- accordo da stipulare in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentiti il Comitato e il Centro nazionale per le malattie rare, per assicurare il costante aggiornamento del Piano Nazionale per le Malattie Rare – PNMR, ogni 3 anni. In sede di prima attuazione, entro 3 mesi dall'entrata in vigore della legge stessa (articolo 9);
- regolamento del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Università e della Ricerca e con il Ministero dell'Economia e Finanze contenente i criteri e le modalità di attuazione del credito d'imposta pari al 65% delle spese sostenute fino a un importo massimo di 200.000 euro per ciascun beneficiario, nel limite complessivo di 10 milioni di euro annui a favore della ricerca finalizzata allo sviluppo di protocolli terapeutici sulle malattie rare e dei farmaci orfani, ai soggetti pubblici o privati impegnati in questo tipo di attività o che finanziano progetti di ricerca in questi ambiti (comma 3 dell'articolo 12);
- accordo in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, per stabilire le modalità per incentivare l'informazione e la comunicazione nell'ambito delle malattie rare e sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema. A questo proposito, il Ministero della Salute è tenuto a promuovere azioni utili per assicurare una tempestiva e corretta informazione rivolta alle persone con malattie rare (articolo 14).



CAPITOLO 2

INVALIDITÀ CIVILE

2.1 L'INVALIDITÀ CIVILE E LE PRESTAZIONI ECONOMICHE RELATIVE

L'attribuzione dell'invalidità civile in Italia si basa sulla riduzione della capacità lavorativa e sull'impossibilità di svolgere compiti e funzioni caratterizzanti la propria età. A certificare questa ridotta capacità è il medico INPS, a valutarla è la Commissione ASL (o USL), integrata con un medico dell'INPS.

Sono considerati invalidi civili anche:

- i ciechi civili;
- i sordi.

Non sono considerati invalidi civili:

- gli invalidi di guerra;
- gli invalidi di lavoro (per i lavoratori privati) e gli invalidi di servizio (per i dipendenti pubblici e le categorie assimilate).

PERCENTUALI E PRESTAZIONI – CITTADINI MAGGIORENNI

L'invalidità civile viene assegnata su **base percentuale**. Le prestazioni economiche, le esclusioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria (esenzioni da ticket) e gli altri diritti dipendono dalla percentuale che viene attribuita.

Di seguito uno schema riassuntivo, valido per i cittadini maggiorenni in età lavorativa:

Meno di 33%: NON INVALIDO. Nel verbale si riporta questa dicitura: "assenza di patologia o con una riduzione delle capacità inferiore a 1/3".

INVALIDO CON RIDUZIONE PERMANENTE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA IN MISURA SUPERIORE A 1/3

- **Dal 34%:** Concessione gratuita di ausili e protesi previsti dal nomenclatore nazionale. La concessione di ausili e protesi è subordinata alle patologie indicate nel verbale di invalidità.
- **Dal 46%:** Oltre al punto precedente, **iscrizione alle liste di collocamento mirato.**
- **Dal 50%:** Oltre ai punti precedenti, congedo straordinario per cure, se previsto dal CCNL.



INVALIDO CON RIDUZIONE PERMANENTE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA IN MISURA SUPERIORE AI 2/3

Dal 67%: Oltre ai punti precedenti, **esenzione parziale pagamento ticket per visite specialistiche, esami ematochimici e diagnostica strumentale.**² Resta da pagare la quota fissa per la ricetta. Si suggerisce comunque di contattare il proprio Distretto socio-sanitario, la propria Azienda Asl o il proprio medico di famiglia per le informazioni più aggiornate e valide localmente.

INVALIDO CON RIDUZIONE PERMANENTE CON INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 74%

Oltre ai punti precedenti, erogazione dell'ASSEGNO MENSILE se in possesso dei requisiti richiesti, anche in termini di reddito. Possibilità di richiedere l'APE SOCIALE.

INVALIDO CON TOTALE E PERMANENTE INABILITÀ LAVORATIVA

100%: Oltre ai punti precedenti, escluso l'assegno mensile, erogazione della PENSIONE DI INABILITÀ nel rispetto dei limiti reddituali ed esenzione anche del ticket farmaci.

INVALIDO CON TOTALE E PERMANENTE INABILITÀ LAVORATIVA E IMPOSSIBILITÀ A DEAMBULARE SENZA L'AIUTO PERMANENTE DI UN ACCOMPAGNATORE OPPURE CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA CONTINUA NON ESSENDO IN GRADO DI SVOLGERE GLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA

100% più indennità di accompagnamento: Oltre ai benefici del punto precedente **INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO** indipendentemente dall'età e dai redditi posseduti, che viene, nella maggior parte dei casi, sospesa durante i periodi di ricovero gratuito in istituto.

LE PRESTAZIONI ECONOMICHE PER I CITTADINI MAGGIORENNI

Il riconoscimento di una data percentuale di invalidità civile può permettere l'accesso a una serie di prestazioni economiche che sintetizzeremo di seguito.

Riportiamo in questa sede unicamente le prestazioni accessibili alle persone affette da amiloidosi cardiaca.³

- **ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ**
- **ASSEGNO MENSILE (PENSIONE DI INVALIDITÀ CIVILE) DAL 74% DI INVALIDITÀ**
- **PENSIONE DI INABILITÀ CIVILE**
- **PENSIONE DI INABILITÀ PREVIDENZIALE**
- **INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO**
- **ASSEGNO SOCIALE PER GLI INVALIDI CIVILI OVER 67 ANNI**

ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ

L'assegno ordinario d'invalidità è un trattamento economico - non reversibile ed erogato a domanda - riservato ai lavoratori dipendenti del settore privato e ai lavoratori autonomi con un livello d'invalidità tale da ridurre di oltre 2/3 la capacità lavorativa.

² **C01** Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art.6 DM 1.2.1991). **C02** Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art.6 DM 1.2.1991). **C03** Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3 dal 67% al 99% di invalidità (ex art.6 DM 1.2.1991). **C04** Invalidi < di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. 289/90 (ex art.5 D.Lgs. 124/98). **C05** Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/10 ad entrambi gli occhi riconosciuti dalla Commissione Invalidi Ciechi Civili (art.6 DM 1.2.1991). **C06** Sordomuti (chi è colpito da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata - art.6 DM 1.2.1991, ex art.7 L.482/68 come modificato dalla L.68/99).

³ Sono escluse dall'elenco prestazioni erogate a favore di persone cieche o sorde.

DECORRENZA E DURATA

L'Assegno ordinario di invalidità decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda, se risultano soddisfatti tutti i requisiti richiesti sia sanitari sia amministrativi, e ha validità triennale.

Il beneficiario può chiedere la conferma nel semestre precedente la data di scadenza senza soluzione di continuità nel pagamento oppure entro 120 giorni dalla data di scadenza. Dopo tre riconoscimenti consecutivi, l'Assegno di invalidità è confermato automaticamente, salvo le facoltà di revisione.

L'erogazione dell'Assegno è compatibile con lo svolgimento dell'attività lavorativa ma è ridotta nell'importo.

Al compimento dell'età pensionabile e in presenza di tutti i requisiti, l'Assegno ordinario di invalidità viene trasformato d'ufficio in pensione di vecchiaia.

QUANTO SPETTA

L'importo dell'Assegno di invalidità viene determinato con il sistema di calcolo misto che prevede che una quota sia calcolata con il sistema retributivo e una quota con il sistema contributivo oppure, se il lavoratore ha iniziato l'attività lavorativa dopo il 31 dicembre 1995, con il sistema contributivo.

DECADENZA

L'Assegno ha validità triennale, ma può essere rinnovato su richiesta dell'interessato.

REQUISITI

Può richiedere l'assegno chi, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, abbia la capacità lavorativa ridotta a meno di un terzo e che abbia maturato almeno cinque anni di assicurazione e 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione) di cui 156 (tre anni di contribuzione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

Non è richiesta la cessazione dell'attività lavorativa.

Il diritto alla prestazione può essere perfezionato anche con contribuzione estera maturata in [Paesi dell'Unione Europea](#) o in [Paesi extracomunitari convenzionati con l'Italia](#). In tal caso, l'accertamento del diritto a pensione può essere effettuato con la totalizzazione internazionale dei periodi assicurativi italiani ed esteri. L'importo della pensione, invece, viene calcolato in proporzione ai contributi accreditati nell'assicurazione italiana, secondo il criterio del pro-rata che si applica alle prestazioni in regime internazionale.

COME FARE DOMANDA

La domanda deve essere presentata online all'INPS attraverso il servizio dedicato.

In alternativa, si può fare la domanda tramite:

- Contact center al numero 803 164 (gratuito da rete fissa) oppure 06 164 164 da rete mobile;
- enti di patronato e intermediari dell'Istituto, attraverso i servizi telematici offerti dagli stessi.

Alla domanda deve essere allegata la certificazione medica (mod. SS3 compilato e inviato dal medico curante).

TEMPI DI LAVORAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Il termine ordinario per l'emanazione dei provvedimenti è stabilito dalla Legge n. 241/1990 in 30 giorni. In alcuni casi la legge può fissare termini diversi.⁴

ASSEGNO MENSILE DI ASSISTENZA (PENSIONE DI INVALIDITÀ CIVILE) DAL 74% DI INVALIDITÀ

L'**assegno mensile** è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti ai quali è stata **riconosciuta una riduzione parziale della capacità lavorativa** (dal 74% al 99%) e con un **reddito inferiore alle soglie** previste annualmente dalla legge.

L'assegno mensile di assistenza viene corrisposto per 13 mensilità a partire dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda o, eccezionalmente, dalla data indicata dalle competenti commissioni sanitarie.

Per l'anno 2024 l'importo dell'assegno è di 333,33 euro. Il limite di reddito personale annuo è pari a 5.725,46 euro.

Ai fini dell'accertamento del requisito reddituale in sede di prima liquidazione si considerano i redditi, soggetti a IRPEF (ex art. 14 septies Legge 33/1980), dell'anno in corso dichiarati dall'interessato in via presuntiva. Per gli anni successivi si considerano, per le pensioni, i redditi percepiti nell'anno solare di riferimento, mentre per le altre tipologie di redditi, soggetti a IRPEF (ex art. 14 septies Legge 33/1980), gli importi percepiti negli anni precedenti.

In condizioni particolari di reddito, l'importo dell'assegno può essere incrementato su base mensile secondo quanto stabilito dalla legge (maggiorazione sociale).

Al compimento dell'età anagrafica per il diritto all'assegno sociale (fino al 31 dicembre 2024 è 67 anni), l'assegno mensile di assistenza si trasforma in **assegno sociale sostitutivo**.

REQUISITI

L'assegno può essere richiesto da chi è in possesso dei seguenti requisiti:

- riconoscimento di una percentuale di invalidità compresa tra il 74% e il 99%;
- reddito non superiore alla soglia stabilita ogni anno per legge (per il 2024: 5.725,46 euro);
- mancato svolgimento di attività lavorativa (art. 12 ter Decreto-Legge 146/2021, convertito in legge con modificazione 215/2021, che ha ridefinito il concetto di inattività lavorativa);
- età compresa tra i 18 e i 67 anni;
- cittadinanza italiana;
- per i cittadini stranieri comunitari e cittadini extracomunitari e loro familiari: iscrizione all'anagrafe del comune di residenza;
- per i cittadini stranieri extracomunitari: permesso di soggiorno di almeno un anno (art. 41 TU immigrazione);
- residenza stabile e abituale sul territorio nazionale.

INCOMPATIBILITÀ

L'assegno mensile è incompatibile con prestazioni a carattere diretto, concesse a seguito di invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio, nonché con le pensioni dirette di invalidità a qualsiasi titolo erogate dall'Assicurazione Generale Obbligatoria per

⁴ Per ulteriori specifiche sulle tempistiche si prega di consultare il sito INPS e la [tabella a questo link](#).

l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti dei lavoratori dipendenti, dalle gestioni pensionistiche per i lavoratori autonomi e da ogni altra gestione pensionistica per i lavoratori dipendenti avente carattere obbligatorio.

L'interessato può comunque optare per il trattamento economico più favorevole. Se la situazione di incompatibilità si manifesta dopo la concessione dell'assegno mensile, l'invalido ha l'obbligo di comunicarlo all'INPS entro 30 giorni dalla notifica del provvedimento con il quale gli viene riconosciuto da parte di un altro ente il trattamento pensionistico di invalidità incompatibile.

Per ottenere la prestazione è necessario anzitutto che la minorazione sia stata riconosciuta nel verbale rilasciato dall'apposita Commissione medico legale al termine dell'[accertamento sanitario](#).

Nella domanda di avvio del procedimento devono essere inseriti anche i dati socio-economici: eventuali ricoveri, svolgimento di attività lavorativa, dati reddituali, indicazione delle modalità di pagamento e della delega alla riscossione di un terzo o in favore delle associazioni.

L'iter di riconoscimento si conclude con l'invio da parte dell'INPS del verbale di invalidità civile tramite raccomandata A/R o all'indirizzo PEC (se fornito dall'utente) e resta disponibile nel servizio [Cassetta postale online](#).

La domanda può essere presentata direttamente online sul sito dell'INPS oppure tramite un ente di Patronato o un'associazione di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS).

Con l'eccezione delle domande di aggravamento, non è possibile presentare una nuova domanda per la stessa prestazione fino a quando non sia esaurito l'iter di quella in corso o, in caso di ricorso giudiziario, finché non sia intervenuta una sentenza passata in giudicato.

Il termine ordinario per l'emanazione dei provvedimenti è stabilito in 45 giorni per la fase sanitaria e 45 per la fase concessoria.

PENSIONE DI INABILITÀ CIVILE

La pensione di inabilità è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti ai quali sia riconosciuta una **inabilità lavorativa totale (100%) e permanente (invalidi totali)**, e che si trovano **in stato di bisogno economico**.

Il beneficio spetta agli invalidi totali di età compresa tra i 18 e i 67 anni che soddisfano i requisiti sanitari e amministrativi previsti dalla legge e sono residenti in forma stabile in Italia.

Per l'anno 2023 l'importo della pensione è di 313,91 euro e viene corrisposto per 13 mensilità. Il limite di reddito personale annuo è pari a 17.920,00 euro.⁵

La misura della prestazione, in condizioni particolari di reddito, può essere incrementata di un importo mensile stabilito dalla legge (maggiorazione ex art. 70 Legge 388/2000).

Ai fini dell'accertamento del requisito reddituale si considerano i redditi personali soggetti ad IRPEF. In sede di prima liquidazione si considerano i redditi dell'anno in corso dichiarati

⁵ L'importo 2024 sarà disponibile a partire dalla metà del 2024. Per maggiori informazioni si rimanda alla pagina dedicata sul [sito INPS](#).

dall'interessato in via presuntiva. Per gli anni successivi si considerano, per le pensioni, i redditi percepiti nell'anno solare di riferimento, se derivanti da pensione, mentre per le altre tipologie di reddito gli importi percepiti nell'anno precedente.

Al compimento dell'età anagrafica per il diritto all'assegno sociale (per il 2021 pari a 67 anni), la pensione di inabilità si trasforma in assegno sociale sostitutivo.

I REQUISITI PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

La pensione può essere richiesta da chi è in possesso dei seguenti requisiti:

- riconoscimento dell'inabilità totale e permanente (100%);
- reddito inferiore alla soglia stabilita ogni anno per legge (per il 2023: 17.920,00 euro);
- età compresa tra i 18 e i 67 anni;
- cittadinanza italiana;
- per i cittadini stranieri comunitari: iscrizione all'anagrafe del comune di residenza;
- per i cittadini stranieri extracomunitari: permesso di soggiorno di almeno un anno (art. 41 TU immigrazione);
- residenza stabile e abituale sul territorio nazionale.

La pensione spetta anche se l'invalide è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

La pensione di inabilità è compatibile con le prestazioni erogate a titolo di invalidità per causa di guerra, di lavoro o di servizio, purché sia stata riconosciuta per una patologia o menomazione diversa.

È compatibile con pensioni dirette di invalidità erogate dall'Assicurazione Generale Obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti dei lavoratori dipendenti, dalle gestioni pensionistiche per i lavoratori autonomi e da ogni altra pensione obbligatoria per i lavoratori dipendenti.

È compatibile con l'attività lavorativa.

DOMANDA

Per ottenere la prestazione è necessario anzitutto che la minorazione sia stata riconosciuta nel verbale rilasciato dall'apposita commissione medico legale al termine dell'[accertamento sanitario](#).

Nella domanda di avvio del procedimento devono essere inseriti anche i dati socio-economici: eventuali ricoveri, svolgimento di attività lavorativa, dati reddituali, indicazione delle modalità di pagamento e della delega alla riscossione di un terzo o in favore delle associazioni.

L'iter di riconoscimento si conclude con l'invio da parte dell'INPS del verbale di invalidità civile tramite raccomandata A/R o all'indirizzo PEC, se fornito dall'utente, e resta disponibile nel servizio Cassetta postale online personale.

INVIO DELLA DOMANDA

La domanda può essere presentata direttamente online sul sito dell'INPS, accedendo al servizio tramite le proprie credenziali, oppure tramite un ente di patronato o un'associazione di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS).

Con l'eccezione delle domande di aggravamento, non è possibile presentare una nuova domanda per la stessa prestazione fino a quando non sia esaurito l'iter di quella in corso o, in caso di ricorso giudiziario, finché non sia intervenuta una sentenza passata in giudicato.

TEMPI DI LAVORAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Il termine ordinario per l'emanazione dei provvedimenti è stabilito dalla Legge n. 241/1990 in 30 giorni. In alcuni casi la legge può fissare termini diversi.⁶

PENSIONE DI INABILITÀ PREVIDENZIALE

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

Dal 2013 la pensione di inabilità è liquidata tenendo conto di tutta la contribuzione posseduta nell'Assicurazione Generale Obbligatoria (AGO), nelle forme sostitutive ed esclusive della medesima e nella Gestione Separata.

L'importo viene **determinato con il sistema di calcolo misto** (una quota calcolata con il sistema retributivo e una quota con il sistema contributivo) o contributivo, se il lavoratore ha iniziato l'attività lavorativa dopo il 31 dicembre 1995.

Hanno diritto alla pensione di inabilità i lavoratori:

- dipendenti;
- autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri);
- iscritti alla Gestione Separata.

DECORRENZA E DURATA

La pensione di inabilità decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda se risultano soddisfatti tutti i requisiti, sia sanitari sia amministrativi, richiesti.

La pensione di inabilità può essere soggetta a revisione.

QUANTO SPETTA

L'importo viene determinato con il sistema di calcolo misto (una quota calcolata con il sistema retributivo e una quota con il sistema contributivo) o contributivo, se il lavoratore ha iniziato l'attività lavorativa dopo il 31 dicembre 1995.

L'anzianità contributiva maturata viene incrementata (nel limite massimo di 2080 contributi settimanali) dal numero di settimane intercorrenti tra la decorrenza della pensione e il compimento di 60 anni di età sia per le donne sia per gli uomini a seguito dell'introduzione del sistema contributivo per le anzianità maturate dal 1° gennaio 2012.

I pensionati di inabilità, che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o che non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, possono presentare domanda per ottenere l'assegno per l'assistenza personale e continuativa.

L'assegno per l'assistenza personale e continuativa non è dovuto in caso di ricovero in istituti di cura o di assistenza a carico della pubblica amministrazione inoltre:

⁶ Nella [tabella](#) sono riportati sia i termini superiori ai trenta giorni, stabiliti dall'Istituto con Regolamento, che l'indicazione del relativo responsabile.

- non è compatibile con l'assegno mensile dovuto dall'INAIL agli invalidi a titolo di assistenza personale continuativa;
- viene concesso in misura ridotta a coloro che fruiscono di analoga prestazione erogata da altre forme di previdenza obbligatoria e di assistenza sociale, in misura corrispondente all'importo della prestazione stessa;
- non è reversibile ai superstiti.

Hanno diritto alla pensione privilegiata di inabilità i soli iscritti all'Assicurazione Generale Obbligatoria per i lavoratori dipendenti quando l'inabilità risulti riconducibile, con nesso diretto di causalità, al servizio prestato dall'assicurato nel corso di un rapporto di lavoro soggetto all'obbligo assicurativo per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti.

Il diritto alla pensione privilegiata di inabilità non può essere riconosciuto quando dall'evento inabilitante derivi il diritto di rendita a carico dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ovvero a trattamenti a carattere continuativo di natura previdenziale e assistenziale a carico dello Stato e di altri enti pubblici.

REQUISITI

La pensione di inabilità viene concessa in presenza di assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale, valutati dalla Commissione Medica Legale dell'INPS e di almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione) di cui 156 (tre anni di contribuzione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

È, inoltre, richiesta:

- la cessazione di qualsiasi tipo di attività lavorativa;
- la cancellazione dagli elenchi anagrafici degli operai agricoli e dagli elenchi di categoria dei lavoratori autonomi;
- la cancellazione dagli albi professionali;
- la rinuncia ai trattamenti a carico dell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e a ogni altro trattamento sostitutivo o integrativo della retribuzione.

COME FARE DOMANDA

Alla domanda va allegata la certificazione medica (modulo SS3 compilato e inviato dal medico curante).

La domanda può essere presentata online all'INPS attraverso il servizio dedicato.

In alternativa si può fare domanda tramite:

- Contact center al numero 803 164 (gratuito da rete fissa) oppure 06 164 164 da rete mobile;
- enti di patronato e intermediari dell'Istituto, attraverso i servizi telematici offerti dagli stessi.

TEMPI DI LAVORAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Il termine ordinario per l'emanazione dei provvedimenti è stabilito dalla Legge n. 241/1990 in 30 giorni. In alcuni casi la legge può fissare termini diversi.⁷

⁷ Nella [tabella](#) sono riportati i termini superiori ai trenta giorni, stabiliti dall'Istituto con Regolamento. La [tabella](#), oltre ai termini per l'emanazione del provvedimento, indica anche il relativo responsabile.

PENSIONE DI INABILITÀ IN REGIME DI TOTALIZZAZIONE

La totalizzazione consente l'acquisizione del diritto a un'unica pensione di inabilità per i lavoratori che hanno versato contributi in diverse casse, gestioni o fondi previdenziali.

La totalizzazione è completamente gratuita, a differenza della ricongiunzione che è onerosa. La pensione è rivolta a tutti i lavoratori dipendenti, autonomi e liberi professionisti, per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

A CHI È RIVOLTO

La pensione è rivolta a tutti i lavoratori dipendenti, autonomi e liberi professionisti, per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

DECORRENZA

Le pensioni di inabilità in regime di totalizzazione decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda di pensione, se risultano perfezionati tutti i requisiti previsti compreso quello sanitario.

QUANTO SPETTA

L'importo è determinato con il sistema "pro-quota" da ciascuna gestione pensionistica interessata, in rapporto ai periodi di iscrizione maturati.

Di norma, le quote di pensione liquidate da enti previdenziali pubblici sono calcolate con le regole del sistema contributivo.

Però, nel caso in cui il lavoratore, iscritto prima del 1996, abbia già raggiunto in una di tali gestioni i requisiti minimi per il conseguimento del diritto a un'autonoma pensione, si effettua un calcolo retributivo/misto.

È comunque data facoltà all'interessato, in presenza di un diritto autonomo, di richiedere il sistema di calcolo più favorevole.

Sulla pensione di inabilità liquidata in regime di totalizzazione:

- è prevista la normale tassazione IRPEF come per tutti gli altri trattamenti pensionistici derivanti da contributi;
- si applicano gli aumenti a titolo di rivalutazione automatica delle pensioni con riferimento al trattamento unico complessivamente considerato, sulla base delle disposizioni di legge vigenti e con onere a carico delle gestioni interessate;
- è prevista la concessione dei trattamenti di famiglia;
- si applicano eventuali trattenute sindacali;
- non si operano le trattenute per redditi da lavoro dipendente o autonomo;
- non si riconosce l'integrazione al trattamento minimo;
- sono concesse le maggiorazioni sociali purché tra le quote che compongono la pensione ve ne sia almeno una a carico delle gestioni per le quali è previsto tale beneficio, in presenza delle condizioni reddituali.

L'importo complessivo del trattamento pensionistico derivante dalla totalizzazione è corrisposto dall'INPS, per conto anche degli altri enti, con i quali sono state stipulate apposite convenzioni.

L'INPS provvede al pagamento della pensione anche nei casi in cui non vi siano quote a proprio carico.

REQUISITI

Il diritto alla pensione di inabilità è conseguito in base ai requisiti di assicurazione e di contribuzione, nonché agli ulteriori requisiti, richiesti nella forma pensionistica alla quale il lavoratore è iscritto al momento del verificarsi dello stato inabilitante.

Requisito fondamentale per l'attribuzione di tale trattamento pensionistico è il riconoscimento dello stato di assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa, da accertarsi all'atto della domanda, se ancora in attività di servizio, ovvero entro due anni dalla cessazione dell'attività lavorativa (con riferimento alla data di cessazione dal lavoro).

Ai fini del perfezionamento dei predetti requisiti rileva la sommatoria dei periodi assicurativi e contributivi non coincidenti, risultanti presso le singole gestioni in cui l'interessato sia stato iscritto.

La totalizzazione può essere richiesta anche dal titolare di assegno ordinario di invalidità, per ottenere un trattamento di inabilità assoluta e permanente.

La gestione di ultima iscrizione del richiedente provvede all'accertamento della sussistenza del requisito sanitario. Relativamente ai soggetti iscritti a gestioni istituite presso l'INPS dovrà essere verificato lo stato inabilitante ai sensi dell'articolo 2, Legge 12 giugno 1984, n. 222.

La maggiorazione convenzionale dell'anzianità dovrà essere ripartita tra tutte le gestioni incluse nella pensione di inabilità in totalizzazione, in proporzione all'anzianità assicurativa posseduta dall'assicurato.

COME FARE DOMANDA

La domanda deve essere presentata dal lavoratore all'ultimo ente pensionistico presso il quale è iscritto o è stato iscritto in caso di pregressa cessazione dell'attività lavorativa.

Nella domanda devono essere indicati tutti gli enti presso i quali il lavoratore ha contribuito. La sede che riceve la domanda dovrà attivarsi per avviare il procedimento con gli altri enti interessati.

La domanda di pensione di inabilità in regime di totalizzazione deve essere presentata online all'INPS attraverso il servizio dedicato.

TEMPI DI LAVORAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Il termine ordinario per l'emanazione dei provvedimenti è stabilito dalla Legge n. 241/1990 in 30 giorni. In alcuni casi la legge può fissare termini diversi.

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

L'indennità di accompagnamento è una prestazione economica, erogata a domanda, a favore dei **soggetti mutilati o invalidi totali** per i quali è stata accertata l'**impossibilità di deambulare** senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita.

Spetta a tutti i cittadini in possesso dei requisiti sanitari residenti in forma stabile in Italia, indipendentemente dal reddito personale annuo e dall'età.

L'indennità viene corrisposta per 12 mensilità a decorrere dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda o, eccezionalmente, dalla data indicata dalle commissioni sanitarie nel verbale di riconoscimento dell'invalidità civile. Il pagamento

dell'indennità viene, nella maggior parte dei casi, **sospeso in caso di ricovero a totale carico dello Stato per un periodo superiore a 29 giorni.**

Per il 2024 l'importo dell'indennità è di 531,76 euro.

INCOMPATIBILITÀ

L'indennità di accompagnamento è incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio. È data facoltà al cittadino di esercitare il diritto di opzione per il trattamento più favorevole.

L'indennità di accompagnamento è compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa, dipendente o autonoma, e con la titolarità di una patente speciale.

L'indennità di accompagnamento è inoltre compatibile e cumulabile con l'indennità di comunicazione e l'indennità di accompagnamento per cieco assoluto purché siano state concesse per distinte minorazioni, ognuna relativa a differenti status di invalidità (soggetti pluriminorati).

I REQUISITI PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

L'indennità è riconosciuta a chi è in possesso dei seguenti requisiti:

- riconoscimento dell'inabilità totale e permanente (100%);
- riconoscimento dell'impossibilità a deambulare autonomamente senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- riconoscimento dell'impossibilità a compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua;
- residenza stabile e abituale sul territorio nazionale;
- cittadinanza italiana;
- per i cittadini stranieri comunitari: iscrizione all'anagrafe del comune di residenza;
- per i cittadini stranieri extracomunitari: permesso di soggiorno di almeno un anno (art. 41 TU immigrazione);
- residenza stabile e abituale sul territorio nazionale.

DOMANDA

Per ottenere la prestazione è necessario anzitutto che la minorazione sia stata riconosciuta nel verbale rilasciato dall'apposita commissione medico legale al termine dell'[accertamento sanitario](#).

Nella domanda di avvio del procedimento devono essere inseriti anche i dati socio-economici: eventuali ricoveri, svolgimento di attività lavorativa, indicazione delle modalità di pagamento e della delega alla riscossione di un terzo o in favore delle associazioni.

Se invece la domanda è presentata da un minore, queste informazioni dovranno essere inviate solo dopo il riconoscimento del requisito sanitario, attraverso la compilazione e l'invio del modello AP70.

L'iter di riconoscimento si conclude con l'invio da parte dell'INPS del verbale di invalidità civile tramite raccomandata A/R o all'indirizzo PEC, se fornito dall'utente, e resta disponibile nel servizio Cassetta postale online.

I minori titolari dell'indennità di accompagnamento, al compimento della maggiore età devono presentare il [modulo AP70](#) per l'erogazione della prestazione da maggiorenne (pensione di inabilità) senza necessità di effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

La domanda può essere presentata direttamente online sul sito dell'INPS oppure tramite un ente di patronato o un'associazione di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS).

Con l'eccezione delle domande di aggravamento, non è possibile presentare una nuova domanda per la stessa prestazione fino a quando non sia esaurito l'iter di quella in corso o, in caso di ricorso giudiziario, finché non sia intervenuta una sentenza passata in giudicato.

INVIO DELLA DOMANDA

La domanda può essere presentata direttamente online sul sito dell'INPS, accedendo al servizio tramite le proprie credenziali, oppure tramite un ente di patronato o un'associazione di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS).

Con l'eccezione delle domande di aggravamento, non è possibile presentare una nuova domanda per la stessa prestazione fino a quando non sia esaurito l'iter di quella in corso o, in caso di ricorso giudiziario, finché non sia intervenuta una sentenza passata in giudicato.

TEMPI DI LAVORAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Il termine ordinario per l'emanazione dei provvedimenti è stabilito dalla Legge n. 241/1990 in 30 giorni. In alcuni casi la legge può fissare termini diversi.

Indennità di accompagnamento: quando continua a essere erogata anche durante un ricovero

Recentemente, con il [Messaggio numero 3347 del 26-09-2023](#) l'INPS ha previsto che l'indennità di accompagnamento sia corrisposta alla persona con disabilità anche in caso di ricovero in una Struttura ospedaliera, pubblica o convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale, per un periodo superiore a 29 giorni, qualora la Struttura sanitaria non garantisca un'assistenza esaustiva.

In particolare, - si legge nel comunicato diffuso il 23 ottobre scorso - l'indennità di accompagnamento non sarà sospesa qualora sia necessaria la presenza continua di un familiare o di un infermiere privato per attendere a tutti gli atti quotidiani della vita, nonché qualora la presenza dei genitori per l'intera giornata sia assolutamente necessaria per il benessere fisico e relazionale del minore, utile alla migliore risposta ai trattamenti terapeutici.

Al fine di semplificare e uniformare la gestione delle istanze dei soggetti interessati e assicurare la tempestività nell'acquisizione di tale idonea documentazione da parte dell'Istituto, è stata realizzata una nuova procedura telematizzata, che consente agli assistiti di comunicare all'INPS i periodi di ricovero in cui sussistono le condizioni sopra citate. **Per continuare a percepire l'indennità di accompagnamento, dunque, il titolare - eventualmente per il tramite dell'amministratore di sostegno o il rappresentante legale - dovrà inviare una dichiarazione telematica all'INPS al termine del ricovero**, accedendo al sito www.inps.it con la propria identità digitale o con delega (SPID almeno di Livello 2, CIE o CNS) e seguendo il percorso "Sostegni, Sussidi e Indennità" > "Per disabili/invalidi/inabili" > "Dichiarazioni di responsabilità e ricoveri indennizzati".

La dichiarazione dovrà recare le date di inizio e fine ricovero e avere allegata una dichiarazione fornita dalla struttura sanitaria che attesti il carattere non esaustivo dell'assistenza ivi fornita. Non dovranno essere allegati ulteriori certificati, cartelle cliniche o ogni altra documentazione riguardante le patologie invalidanti.

Per ulteriori informazioni si rimanda a [questo contenuto del sito Osservatorio Malattie Rare](#).

ASSEGNO SOCIALE PER GLI INVALIDI CIVILI

L'assegno sociale è una prestazione economica, erogata a domanda, dedicata ai cittadini italiani e stranieri in condizioni economiche disagiate, **con età superiore ai 67 anni**, e con redditi inferiori alle soglie previste annualmente dalla legge. Dal 1° gennaio 1996, l'assegno sociale ha sostituito la pensione sociale. La prestazione ha natura assistenziale e non è esportabile; pertanto, non può essere riconosciuta se il titolare della prestazione risiede all'estero. Il beneficio economico **non è reversibile** ai familiari superstiti.

L'importo dell'assegno per il 2024 è pari a 534,41 euro per 13 mensilità.

Il limite di reddito è pari a 6.947,33 euro annui e 13.894,66 euro, se il soggetto è coniugato.

A CHI È RIVOLTO

Il beneficio è rivolto ai:

- cittadini italiani;
- cittadini comunitari iscritti all'Anagrafe del comune di residenza;
- cittadini extracomunitari familiari di cittadino comunitario (articolo 19, commi 2 e 3, Decreto Legislativo 30/2007);
- cittadini extracomunitari titolari di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo e ai cittadini stranieri o apolidi titolari dello status di rifugiato politico o di protezione sussidiaria.

I beneficiari devono percepire un reddito al di sotto delle soglie stabilite annualmente dalla legge.

DECORRENZA E DURATA

Il pagamento dell'Assegno inizia dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda. Il beneficio ha carattere provvisorio e la verifica del possesso dei requisiti socio-economici e della effettiva residenza avviene annualmente.

QUANTO SPETTA

L'importo dell'assegno per il 2024 è pari a 534,41 euro per 13 mensilità.

Il limite di reddito è pari a 6.947,33 euro annui, e 13.894,66 euro se il soggetto è coniugato.

Hanno diritto all'Assegno in misura intera:

- i soggetti non coniugati che non possiedono alcun reddito;
- i soggetti coniugati che hanno un reddito familiare inferiore al totale annuo dell'Assegno.

Hanno diritto all'Assegno in misura ridotta:

- i soggetti non coniugati che hanno un reddito inferiore all'importo annuo dell'Assegno;
- i soggetti coniugati che hanno un reddito familiare compreso tra l'ammontare annuo dell'Assegno e il doppio dell'importo annuo dell'Assegno.

L'Assegno non è soggetto alle trattenute IRPEF.

DECADENZA

L'Assegno viene sospeso se il titolare soggiorna all'estero per più di 29 giorni.

Dopo un anno dalla sospensione, la prestazione è revocata.

REQUISITI

Per ottenere l'Assegno, tutti i cittadini italiani e stranieri devono soddisfare i seguenti requisiti:

- 67 anni di età (dal 1° gennaio 2019);
- stato di bisogno economico;
- cittadinanza italiana e situazioni equiparate;
- residenza effettiva in Italia;
- requisito dei dieci anni di soggiorno legale e continuativo in Italia (dal 1° gennaio 2009).

Il diritto alla prestazione è accertato in base al reddito personale per i cittadini non coniugati e in base al cumulo del reddito del coniuge per i cittadini coniugati.

Per l'attribuzione si considerano i seguenti redditi del coniuge e del richiedente:

- i redditi assoggettabili all'IRPEF, al netto dell'imposizione fiscale e contributiva;
- i redditi esenti da imposta;
- i redditi soggetti a ritenuta alla fonte a titolo d'imposta (vincite derivanti dalla sorte, da giochi di abilità, da concorsi a premi, corrisposte dallo Stato, da persone giuridiche pubbliche e private);
- i redditi soggetti a imposta sostitutiva come interessi postali e bancari, interessi dei CCT e di ogni altro titolo di stato, interessi, premi e altri frutti delle obbligazioni e titoli similari, emessi da banche e Società per Azioni, ecc.;
- i redditi di terreni e fabbricati;
- le pensioni di guerra;
- le rendite vitalizie erogate dall'INAIL;
- le pensioni dirette erogate da Stati esteri;
- le pensioni e gli assegni erogati agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordi;
- gli assegni alimentari corrisposti a norma del Codice civile.

Ai fini dell'attribuzione non si computano:

- i trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni sui trattamenti stessi;
- il reddito della casa di abitazione;
- le competenze arretrate soggette a tassazione separata;
- le indennità di accompagnamento per invalidi civili, ciechi civili e le indennità di comunicazione per i sordi;
- l'assegno vitalizio erogato agli ex combattenti della guerra 1915-1918.

COME FARE DOMANDA

La domanda deve essere presentata online all'INPS attraverso il [servizio dedicato](#).

Le istruzioni per la compilazione sono consultabili nel manuale scaricabile una volta eseguito l'accesso al servizio.

In alternativa, si può fare la domanda tramite:

- Contact center al numero 803 164 (gratuito da rete fissa) oppure 06 164 164 da rete mobile;
- enti di patronato e intermediari dell'Istituto, attraverso i servizi telematici offerti dagli stessi.

TEMPI DI LAVORAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Il termine per la definizione del provvedimento è stato fissato in 45 giorni dal Regolamento per la definizione dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi adottato dall'INPS ai sensi dell'articolo 2, legge 241/1990.

INVALIDITÀ CIVILE E PRESTAZIONI ECONOMICHE PER MINORI

Per informazioni riguardo il riconoscimento dell'invalidità civile per persone minorenni e le relative prestazioni economiche ottenibili vi invitiamo a consultare questa [pagina di Osservatorio Malattie Rare](#).

2.2 L'ITER PER L'ACCERTAMENTO SANITARIO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Possono presentare domanda di riconoscimento dell'invalidità civile:

- **i cittadini italiani** con residenza in Italia;
- **i cittadini stranieri comunitari** legalmente soggiornanti in Italia e iscritti all'anagrafe del Comune di residenza;
- **i cittadini stranieri extracomunitari** legalmente soggiornanti in Italia, titolari del requisito del permesso di soggiorno di almeno un anno, come previsto dall'articolo 41 del Testo unico per l'immigrazione, anche se privi di permesso di soggiorno CE di lungo periodo.

Il processo di **riconoscimento dell'invalidità civile** si compone di **UNA FASE SANITARIA E UNA FASE AMMINISTRATIVA**.

La prima serve per accertare il grado di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap in base alle minorazioni del soggetto richiedente.

La seconda è diretta, previa verifica dei requisiti amministrativi stabiliti dalla normativa vigente, alla concessione dei benefici che la legge riserva ai cittadini, in base allo stato invalidante riconosciuto.

Per avviare il processo di accertamento dello stato di invalidità civile l'interessato deve prima di tutto recarsi da un medico certificatore (specialista o medico di base) e **chiedere il rilascio del certificato medico introduttivo attestante le infermità invalidanti** che **deve indicare**, oltre ai dati anagrafici:

- codice fiscale;
- tessera sanitaria;
- dati clinici (anamnesi, obiettività);
- diagnosi con codifica ICD-9 (Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche);
- indicazione dell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o dell'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua (in caso di richiesta di indennità di accompagnamento);
- indicazione di eventuali patologie oncologiche in atto;
- indicazione di eventuali patologie gravi;
- indicazione della finalità del certificato;
- l'esatta natura delle patologie invalidanti e la relativa diagnosi.

La trasmissione online dei certificati medici è consentita ai soli medici abilitati. Il medico compila il certificato online e lo inoltra all'INPS attraverso il servizio dedicato, stampando

una ricevuta completa del codice identificativo della procedura attivata. La ricevuta viene consegnata dal medico all'interessato insieme a una copia del certificato medico originale che il cittadino dovrà esibire all'atto della visita medica.

Per la presentazione della domanda d'invalidità civile, il certificato così prodotto – detto certificato medico introduttivo – ha una validità di 90 giorni.

Ottenuto il certificato medico la domanda va presentata attraverso il servizio online tramite Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), Carta d'Identità Elettronica (CIE) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS). In caso di minore vanno utilizzate le sue credenziali e non quelle del genitore o tutore. In alternativa, è possibile presentare la domanda tramite il patronato o un'associazione di categoria dei disabili (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS).

A partire dal 4 luglio 2009 (con l'eccezione delle domande di aggravamento previste dalla Legge 80/2006) non è possibile presentare una nuova domanda per la stessa prestazione prima della fine della procedura in corso o, in caso di ricorso giudiziario, dell'intervento di una sentenza passata in giudicato.

LA PROCEDURA SEMPLIFICATA

Dal 1° giugno 2020 è entrata in vigore la procedura semplificata delle modalità di presentazione delle domande di invalidità civile, cecità e sordità per i soggetti di età compresa tra i 18 e i 67 anni.

La novità consiste nella **possibilità di inviare in anticipo le informazioni di natura socio-economica** contenute nel modello **"AP70", di norma comunicate solo al termine dell'esito positivo della fase sanitaria.**

Le informazioni che potranno essere comunicate attraverso la procedura semplificata sono quelle relative a:

- dati dell'eventuale ricovero;
- dati relativi allo svolgimento di attività lavorativa;
- dati reddituali;
- modalità di pagamento;
- delega alla riscossione di un terzo <quadro G>;
- delega in favore delle associazioni <quadro H>.

Al fine di consentire l'invio anticipato delle informazioni, spiega l'INPS, sono state apportate delle **modifiche alla procedura di acquisizione online** delle domande di invalidità civile da parte della categoria di beneficiari in parola.

Questo è reso possibile dall'Art. 29-ter del D.L. 76 del 16 luglio 2020 (cosiddetto Decreto Semplificazioni), inserito, in sede di conversione, dalla Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, che ha introdotto **la possibilità per le commissioni mediche preposte all'accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap di redigere verbali, sia di prima istanza che di revisione, anche solo valutando gli atti, in tutti i casi in cui sia presente una documentazione sanitaria che consenta una valutazione obiettiva.**

L'accesso alla procedura semplificata è subordinato al **rispetto del requisito anagrafico**, ovvero età compresa tra i 18 e i 67 anni. Pertanto **la procedura di acquisizione online a disposizione dei Patronati verifica automaticamente**, tramite accesso agli archivi anagrafici

a disposizione dell'Istituto, la sussistenza di tale requisito, a partire dalla compilazione obbligatoria del campo riservato al codice fiscale.

Una volta verificato questo, si potrà procedere con l'attività di acquisizione della domanda, che è suddivisa in più pannelli, alcuni finalizzati all'avvio dell'**accertamento sanitario** e altri funzionali alla **liquidazione** dell'eventuale prestazione economica. A completamento della procedura è prevista **una sezione "Allegati"** per l'inserimento di dichiarazioni di responsabilità e di altri documenti necessari in relazione alla domanda acquisita.

Una volta completata l'acquisizione dei dati, la domanda semplificata deve essere trasmessa all'Istituto attraverso la funzione "Invio domanda".

Le uniche **eccezioni** previste dall'Istituto sono nei casi di **soggetto ricoverato** al momento della presentazione della domanda o **titolare di altre prestazioni di invalidità incompatibili**, per questi ultimi sarà necessario completare comunque il modello "AP/70" dopo la definizione dell'iter sanitario utilizzando l'attuale procedura della fase concessoria.

ALLEGAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ONLINE

Esiste anche la possibilità di allegare direttamente online la documentazione sanitaria in due casi:

- per chi presenta domanda di prima istanza o aggravamento, se residente nei territori dove l'INPS effettua l'accertamento sanitario in convenzione con le Regioni;⁸
- **per i soggetti con verbale sanitario nel quale è indicata una data di revisione** (indipendentemente dalla regione di residenza).

Nel caso di revisione l'interessato potrà ricevere a casa la lettera di invito a trasmettere online la documentazione sanitaria, utile per una definizione agli atti del giudizio medico-legale. **Se la Commissione Medica ritiene soddisfacente la documentazione ricevuta emette un nuovo verbale sulla base degli atti trasmessi; in alternativa convoca l'interessato a visita di revisione a mezzo raccomandata A/R.**

Ricevuta la domanda completa l'INPS provvede a trasmetterla online alla ASL di competenza.

Contestualmente alla conferma di avvenuta ricezione, la procedura propone l'agenda degli appuntamenti disponibili presso la ASL corrispondente al CAP di residenza o del domicilio alternativo eventualmente indicato. Il soggetto, anche per il tramite di soggetti abilitati, potrà indicare una data di visita diversa da quella proposta, potendo scegliere:

- entro 30 giorni dalla presentazione della domanda per le visite ordinarie;
- entro 15 giorni dalla presentazione della domanda in caso di accertamento di patologia oncologica.

In caso di non trasportabilità il medico deve compilare e inviare online il certificato medico di richiesta di visita domiciliare, almeno cinque giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale. Il Presidente della Commissione medica si pronuncia entro cinque giorni dalla ricezione della richiesta, comunicando al cittadino la data e l'ora della visita domiciliare o indicando una nuova data di invito a visita ambulatoriale.

⁸ Regioni convenzionate con INPS per l'accertamento sanitario: Friuli Venezia Giulia (Pordenone); Veneto (San Donà di Piave, Venezia, Verona); Lazio (tutta la regione); Campania (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno); Basilicata (tutta la regione); Calabria (tutta la regione); Sicilia (Caltanissetta, Messina e Trapani). [Fonte](#).

In caso di impedimento, l'interessato può scegliere tra una delle date indicate dal sistema. Se l'interessato non si presenta alla visita viene convocato una seconda volta e ogni ulteriore assenza sarà considerata rinuncia e farà decadere la domanda.

L'accertamento sanitario compete alla ASL attraverso una Commissione Medica Integrata (CMI), integrata da un medico dell'INPS, la cui composizione varia in funzione della domanda presentata dal cittadino a seconda della richiesta del riconoscimento delle diverse invalidità. Tuttavia, **alla visita l'interessato può farsi assistere da un medico di sua fiducia.**

Ultimati gli accertamenti, la Commissione redige il verbale di visita firmato da almeno tre medici (incluso eventualmente il rappresentante di categoria).

Il verbale ASL è poi validato dal Centro Medico Legale (CML) dell'INPS che può disporre nuovi accertamenti anche tramite visita diretta. La documentazione sanitaria presentata dal soggetto al momento della visita viene acquisita agli atti della ASL e potrà essere richiesta, in caso di necessità, dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Il verbale definitivo viene inviato in duplice copia all'interessato: una con tutti i dati sanitari anche sensibili e l'altra con il solo giudizio finale.

L'invio avviene tramite raccomandata A/R o all'indirizzo PEC se fornito dall'utente e resta disponibile nella cassetta postale online.

Sui verbali definiti dalle Commissioni mediche, la Commissione Medica Superiore (CMS) effettua un monitoraggio a campione o su segnalazione dei Centri medici dell'INPS. Gli accertamenti disposti dalla CMS, anche successivamente all'invio del verbale al cittadino possono prevedere un riesame della documentazione sanitaria agli atti o una visita diretta.

Se la Commissione medica ritiene le minorazioni suscettibili di modificazioni nel tempo, il verbale indica la data entro cui l'invalido dovrà essere sottoposto a una nuova visita di revisione.

2.3 CON QUALE METODO LA COMMISSIONE GIUDICA L'INVALIDITÀ

L'invalidità, come già ampiamente indicato, viene espressa in percentuale. La percentuale esprime la misura della mancata capacità lavorativa e dell'impossibilità di svolgere compiti e funzioni proprie dell'età della persona richiedente.

A stabilire tale percentuale è la Commissione Medica per l'Accertamento degli Stati di invalidità civile, cecità civile e sordità della ASL di residenza.

L'accertamento del possesso dei requisiti sanitari previsti dalla legge per il riconoscimento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap, viene eseguito da una Commissione medico-legale presso le Aziende Sanitarie Locali o direttamente presso l'INPS nelle Province in cui la Regione ha delegato l'accertamento all'Istituto.

Per gli accertamenti dell'invalidità civile la Commissione è composta da:

- un medico specialista in medicina legale, cui spetta la presidenza;
- due medici dipendenti o convenzionati con l'ASL di cui uno specialista in medicina del lavoro;
- uno specialista delle discipline neurologiche, psichiatriche o psicologiche nel caso che la persona sottoposta a visita sia affetta da una menomazione psichica o intellettiva;
- un medico dell'INPS quale componente effettivo;

- un sanitario rappresentante l'associazione di categoria di appartenenza dell'invalido da visitare: ANMIC, UIC, ENS, ANFFAS.

Con Decreto Ministeriale del 5 febbraio 1992 il Ministero della Sanità ha diffuso la tabella, articolata in cinque parti, indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti tuttora in vigore. La tabella - si legge nel testo del DM - fa riferimento all'incidenza delle infermità invalidanti sulla capacità lavorativa secondo i criteri della normativa vigenti.

L'amiloidosi cardiaca non è inclusa tra le patologie "tabellate" dall'INPS: non è inserita nella [Tabella Invalidità Civile](#), ferma al 1992. Questo significa che le commissioni non dispongono di un riferimento "pronto all'uso" ma devono valutare il richiedente "per analogia".

Nella tabella sono però presenti una serie di patologie dell'apparato cardiocircolatorio, che saranno appunto utilizzate come analogia. Più recentemente l'INPS ha inoltre emesso un documento di linee guida in cui sono esplicitate una serie di criteri per la valutazione dei deficit funzionali dell'apparato cardiocircolatorio, con cui verosimilmente sono valutati anche i pazienti con [amiloidosi cardiache](#).⁹

IL CONSIGLIO PRATICO

È dunque bene presentare, in sede di visita (o di allegazione della documentazione sanitaria nei casi in cui sia possibile, come spiegato successivamente) **una congrua documentazione** che faccia riferimento anche, ove possibile, alla riduzione della capacità lavorativa e all'**impossibilità di svolgere compiti e funzioni caratterizzanti la propria età**.

Si ricorda inoltre che **è sempre preferibile fornire documentazione redatta da specialisti di strutture pubbliche, ivi comprese relazioni su eventuali aspetti psichiatrici e psicologici**.

Da valutare anche la possibilità (prevista per legge) di farsi assistere, durante la visita di accertamento, da un medico di fiducia. In questo caso l'onorario del medico legale dovrà essere sostenuto dal richiedente che decide di avvalersi della consulenza.¹⁰

IN CASO DI PIÙ PATOLOGIE CONCOMITANTI

Per persone affette da più patologie o unica patologia che causa infermità multiple, il DM prevede che, valutata separatamente ogni singola menomazione, si proceda a una valutazione complessiva, che non deve consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali.

Dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna menomazione si esegue un calcolo riduzionistico mediante la seguente formula (ndr: conosciuta come formula di Balthazard) espressa in decimali:

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

⁹ Le linee guida hanno valore di sola raccomandazione e non valore normativo come le tabelle del 1992.

¹⁰ Il sindacato degli specialisti in Medicina Legale delle Assicurazioni (SISMLA), con l'intento di fornire una linea di orientamento per uniformare il valore economico da attribuire alle singole prestazioni medico-legali, ha elaborato un tariffario cui riferirsi per la stesura della notula degli onorari, aggiornati al 2023.

A titolo meramente informativo riportiamo alcuni esempi di onorario.

Per esame della documentazione medica, istruttoria del caso, visita diretta e stesura dell'elaborato: onorari fra 300 e 2.000,00 €; per la partecipazione ad eventuale collegiale medica presso INPS o INAIL o in tema di Invalidità Civile: onorari fra 400,00 e 2.000,00 €.

dove l'invalidità totale finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto.

In caso di menomazioni di numero superiore a due, il procedimento si ripete e continua con lo stesso metodo, tramite un'apposita tavola di calcolo combinato di cui ogni Commissione può opportunamente disporre.

Nel caso di infermità plurime concorrenti, ovvero che interessano lo stesso organo o apparato (per esempio, nel caso di menomazioni oculari, acustiche, articolari, etc.), nella maggior parte dei casi queste vengono giudicate tenendo conto delle sole percentuali all'interno delle tabelle.

Nel caso in cui questo non sia possibile, viene invece utilizzata la cosiddetta "Formula Salomonica" secondo la quale la percentuale complessiva di invalidità sarà data dalla media tra la somma delle singole invalidità e il risultato del calcolo riduzionistico illustrato sopra, secondo la seguente formula:

$$IT = (ST + FP) / 2$$

dove l'invalidità totale finale IT è uguale alla metà della somma tra il totale delle percentuali delle singole invalidità ST e il prodotto del calcolo derivante dall'applicazione della formula di Balthazard FP.

È importante precisare che nella valutazione complessiva non incidono infermità con percentuale inferiore al 10%, tranne nel caso in cui esse risultino concorrenti tra loro o con altre minorazioni comprese in fasce superiori.

Infine, nel caso in cui le patologie plurime concorrenti incidano su un sistema organo-funzionale già menomato da un'invalidità che non abbia alcuna relazione con l'invalidità civile, il calcolo della percentuale complessiva d'invalidità viene effettuato tramite l'applicazione del cosiddetto metodo Gabrielli, secondo la seguente formula:

$$I = (A1 - A2) / A1$$

dove l'invalidità totale I è determinata dalla sottrazione dal grado di invalidità preesistente A1 del grado di attitudine residuo dopo la nuova invalidità A2, divisa per la percentuale d'invalidità "di partenza".

Riepilogato tutto questo è comunque importante precisare che **in nessun caso ai pazienti vengono chiesti calcoli di questo tipo ed è interamente la Commissione medica di valutazione a occuparsene**. Rimane tuttavia interessante conoscere il meccanismo di calcolo e capire anche da quali valori tabellari questo parte.

NOTE UTILI

Nel caso in cui la percentuale di invalidità riconosciuta sia superiore al 74%, l'interessato potrebbe avere diritto a una prestazione economica, se è in possesso anche dei requisiti amministrativi previsti dalla legge. Deve perciò compilare e inviare all'INPS il modello AP70, contenente i "dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile".

Il modello va compilato direttamente online oppure recandosi presso un ente di patronato. Oltre alle prestazioni economiche (pensioni, assegni, indennità), la legge prevede anche

alcuni benefici di natura non economica (agevolazioni fiscali, assistenza sanitaria, permessi ai sensi della Legge 104/1992, collocamento obbligatorio al lavoro).

MALATTIE ONCOLOGICHE

L'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap, riguardante le persone affette da patologie oncologiche, deve essere effettuato, dalle commissioni mediche, entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato.

ACCERTAMENTI RELATIVI ALL'ALZHEIMER

Per gli accertamenti relativi alla diagnosi di Alzheimer la commissione è integrata, a richiesta dell'interessato, dei suoi familiari o del medico di famiglia, da un medico specialista in geriatria (art.52, comma 2, Legge 144/99).

LE COMMISSIONI MEDICHE INTEGRATE

Le Commissioni mediche ASL sono integrate dal medico INPS quale componente effettivo. Il medico INPS che partecipa alle Commissioni è designato di volta in volta, a rotazione, fra quelli in servizio presso il Centro Medico Legale territorialmente competente. La programmazione dell'attività è affidata al Responsabile del CML, che avrà cura di limitare le partecipazioni di ciascun sanitario entro il numero massimo di dieci sedute consecutive nella stessa Commissione Medica Integrata.

La composizione delle Commissioni Mediche Integrate, ovviamente, varia in funzione della domanda presentata dal cittadino, a seconda che sia volta al riconoscimento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità civile, disabilità o handicap (Circolare INPS n. 131/09).

2.4 - LEGGERE IL VERBALE

Al termine della visita medica di accertamento la Commissione ASL redige un verbale elettronico che viene inviato all'INPS.

Possano verificarsi due situazioni:

1. **Al termine della visita il verbale viene approvato all'unanimità.**

In questo caso viene validato dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS e viene considerato **definitivo**. Se il verbale dà diritto a prestazioni economiche, viene attivata la procedura amministrativa per il pagamento delle stesse, richiedendo alla persona riconosciuta invalida di inserire i dati necessari online (ad esempio reddito personale, eventuale ricovero a carico dello Stato, frequenza a scuole o centri di riabilitazione, coordinate bancarie) per l'accertamento dei requisiti socio-economici.

2. **Non c'è unanimità.**

L'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce gli atti che vengono esaminati dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Quest'ultimo può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere a una nuova visita da fissare entro 20 giorni. La visita in questo caso verrà effettuata anche con la presenza di un medico rappresentante delle associazioni di categoria e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale. La Commissione può anche avvalersi della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione.

Il verbale definitivo viene inviato alla persona **entro 120 giorni** (4 mesi) **dalla data della visita** da parte dell'INPS tramite raccomandata A/R ed eventualmente anche tramite posta PEC. Il documento viene inviato **in duplice copia**: in una sono contenuti tutti i dati del richiedente e le valutazioni specifiche, nell'altra (da usare solo per fini amministrativi) è riportato solamente il giudizio finale. I fascicoli elettronici dei verbali conclusi vengono archiviati nel **Casellario Centrale di Invalidità gestito dall'INPS**.

COME SI LEGGE IL VERBALE?

La prima informazione da sapere per leggere il verbale di invalidità è che viene rilasciato in duplice copia:

- la prima contiene tutte le informazioni relative alla persona con invalidità, comprese quelle di natura strettamente sanitaria (dati sensibili) e la valutazione finale da parte della Commissione medica;
- la seconda, invece, oscura i dati sensibili per tutelare la privacy del paziente, ma presenta comunque le informazioni sufficienti per accedere alle agevolazioni previste dalla normativa, quindi è l'unico documento utile ai fini amministrativi.

Per maggiore sicurezza il verbale non sarà solo cartaceo. La documentazione verrà anche inserita nel Casellario Centrale di invalidità che è gestito direttamente dall'INPS.

Per quanto riguarda la struttura del verbale, questa è fondamentale per sapere come capire il verbale di invalidità. In particolare, **il documento è diviso in quattro parti principali**:

1. **Dati anagrafici (nome, indirizzo, stato civile, ecc) e amministrativi**, cioè quelli relativi alla visita effettuata (primo accertamento, revisione, aggravamento).
Inoltre include anche: i motivi di presentazione della domanda e la tipologia di accertamento (primo accertamento, revisione d'ufficio, aggravamento riduzione ecc.); la data della seduta; il tipo di visita (ambulatoriale o domiciliare).
2. **Dati relativi alla condizione sanitaria rilevata dalla Commissione**, e cioè: anamnesi, ossia le condizioni mediche dell'assistito valutate in base alla documentazione esibita; codici ICD-9 (Classificazione internazionale delle malattie), ossia i codici nosologici internazionali per patologia secondo il DM 5/2/1992; principali disabilità accertate (psichiche, sensoriali, fisiche, neurologiche, respiratorie, cardiocircolatorie); cause o concause (malformazioni congenite, malattie infettive, traumi domestici, altre cause violente, intervento chirurgico mutilante).
3. **Dati relativi alla valutazione proposta, che comprende**:
 - percentuali di invalidità riconosciuta;
 - diritti e benefici che questa condizione di salute comporta.
4. **Dati relativi alla revisione**:
 - eventuale data della visita di revisione se le condizioni dell'assistito sono ritenute modificabili nel tempo (come nel caso dei minori con determinate patologie);
 - esonero dalla visita di revisione, secondo cui l'assistito non sarà chiamato a future visite di accertamento della condizione.

Nota: **A queste quattro aree segue anche questa dicitura: "Requisiti di cui all'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012, n. 5"**.

Il Decreto-Legge n.5/2012 cui si fa riferimento riguarda i requisiti sanitari necessari per il rilascio del "contrassegno disabili" e per le agevolazioni fiscali relative ai veicoli previste per le persone con disabilità. Se il verbale riporta che "l'interessato non possiede alcun requisito tra quelli dell'art. 4 DL 9 febbraio 2012 n. 5", non sarà possibile ottenere l'esenzione del bollo

auto, come anche far valere le altre agevolazioni fiscali auto previste per le persone con disabilità.¹¹

La terza parte del verbale è molto importante: riporta, oltre alla valutazione dell'invalidità civile espressa in percentuale, il giudizio finale della Commissione espresso con un codice abbinato a una descrizione standard. I giudizi normalmente espressi sono riconducibili ad uno dei seguenti codici:

- codice 01: è associato alla descrizione "non invalido – assenza di patologia o con una riduzione delle capacità inferiore ad 1/3". Non dà diritto ad alcun beneficio economico né a prestazioni agevolate di nessun genere;
- codice 02: è abbinato alla descrizione "invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore ad 1/3 (art. 2, Legge 118/1971)". Consente solo l'accesso alle prestazioni protesiche connesse alla patologia. Ricordiamo, inoltre, che solo la percentuale di invalidità superiore al 45% (ossia 46%) dà diritto ai benefici previsti dalle norme sul diritto al lavoro delle persone disabili, prima fra tutti la possibilità d'iscrizione alle liste speciali di collocamento;
- codice 03: identifica l'"invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 74% al 99% (art. 2 e 13, Legge 118/1971)". Dà diritto all'assegno mensile di assistenza riconosciuto agli invalidi civili parziali. L'assegno è concesso, lo ricordiamo, solo nel caso l'interessato non superi un determinato limite di reddito;
- codice 04: individua "l'invalido con totale e permanente inabilità lavorativa (art. 2 e 12, Legge 118/1971): 100%". Dà diritto alla pensione di invalidità concessa agli invalidi civili totali che non superino un limite di reddito personale definito annualmente. Questo riconoscimento non è compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa e la patente di guida la cui idoneità deve essere accertata da apposite commissioni mediche;
- codice 05: indica "l'invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (Legge 18/1980 e Legge 508/1988)". Questa codificazione dà diritto all'indennità di accompagnamento erogata indipendentemente dal reddito personale. Può essere concessa anche ai minori di 18 anni. Nel caso di maggiorenni questa codificazione non è a priori incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa né inidoneità alla guida;
- codice 06: descrive "l'invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (Legge 18/1980 e Legge 508/1988)". Anche questo codice, pur descrivendo una situazione diversa da quella descritta dal codice 05, dà diritto all'indennità di accompagnamento e può essere concessa anche ai minori;
- codice 07: individua il "minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o minore ipoacusico". Questo codice dà diritto all'indennità di frequenza (Legge 289/1990) o all'indennità di accompagnamento che sono incompatibili tra loro. La concessione di una esclude la concessione dell'altra;
- codice 08: definisce il "cieco con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (Legge 382/1970 e Legge 508/1988)". Il codice consente l'erogazione della pensione e dell'indennità speciale riservate ai ciechi parziali;
- codice 09: indica il "cieco assoluto (Legge 382/1970 e Legge 508/1988)". Questo status dà diritto alla pensione e all'indennità di accompagnamento, prestazioni economiche concesse ai ciechi assoluti;

¹¹ Si veda anche capitolo successivo, relativo al verbale di accertamento dell'handicap.

- codice 10: individua il "sordo civile (Legge 381/1970 e Legge 508/1988)". Il codice consente l'ottenimento della pensione e dell'indennità di comunicazione concesse alle persone affette da sordità;
- codice 11: si riferisce alle persone ultra 65enni (per il 2021 ultra 67enni) con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della loro età. Questo codice non dà diritto ad alcuna provvidenza economica;
- codice 12: indica l'invalido ultra 65enne (ultra 67enne per il 2021) con:
 - impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore. Dà diritto all'indennità di accompagnamento;
 - necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita. Dà diritto all'indennità di accompagnamento.

QR-Code per verbali invalidità, Legge 104, cecità, sordità: istruzioni per richiederlo all'INPS

Il nuovo sistema permette di attestare lo status di invalidità, handicap e legge 104, cecità, sordità, direttamente dallo smartphone

L'INPS ha pubblicato le istruzioni relative al **QR-Code dell'invalidità civile**, un nuovo servizio che permette di attestare lo status di invalido direttamente dallo smartphone o dal tablet, senza bisogno del verbale sanitario. L'obiettivo è quello di avere a portata di mano le attestazioni che permettono alle persone con disabilità di accedere alle agevolazioni e ai benefici previsti in alcuni casi per cittadini con Legge 104, o altre condizioni di invalidità, in modo più semplice e veloce. I gestori di servizi possono infatti leggere il codice tramite un qualsiasi lettore di QR-Code per controllare lo stato invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità.

Per tutte le informazioni consulta il [sito INPS qui](#).

PATOLOGIE SOGGETTE A VISITE DI REVISIONE

Nel caso in cui la Commissione ritenga che la percentuale di invalidità possa essere suscettibile di modifiche nel corso del tempo il verbale conterrà anche la data entro cui presentarsi per effettuare una visita di revisione. Spetta all'INPS notificare la convocazione della visita, ma suggeriamo di tenere a mente tale data e, in caso di mancata convocazione, provvedere a contattare l'Istituto.

Ricordiamo che se il soggetto convocato non si presenta a visita di revisione (senza gravi motivi certificati) vengono sospese le prestazioni erogate, poiché viene considerato assente ingiustificato.

PATOLOGIE ESONERATE DALLE VISITE DI REVISIONE

Con Decreto Ministeriale 2 agosto 2007, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute hanno individuato le patologie e le menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo. Il decreto indica la **documentazione sanitaria** da richiedere agli interessati o alle Commissioni mediche delle ASL (se non acquisita agli atti) idonea a comprovare la minorazione.

Il decreto individua **12 voci relative a condizioni patologiche per le quali non saranno più necessari controlli e verifiche** per continuare a godere del riconoscimento dello stato invalidante. L'individuazione si basa su due elementi: la gravità della condizione e l'impossibilità di miglioramento.

Le 12 voci sono state individuate da un gruppo di esperti del Ministero della Salute, dell'INPS e delle organizzazioni di tutela dei disabili, tutti componenti della Commissione Ministeriale Salute e Disabilità, sulla base del riconoscimento della compromissione di organi e apparati. Inoltre, per garantire la massima aderenza ai bisogni dei cittadini e allo sviluppo delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche e tecnologiche, il decreto prevede che l'**elenco delle patologie**, per le quali non sarà più necessario ripetere le visite di controllo o di revisione, sia **rivisto con cadenza annuale**.

Le amiloidosi, come la maggior parte delle patologie rare, non sono esplicitate tra queste voci. Tuttavia due delle voci esplicitate sono le seguenti:

- **Insufficienza cardiaca di IV classe NYHA refrattaria a terapia;**
- **Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica.**

Tale esplicitazione potrebbe riguardare un certo numero di pazienti con amiloidosi cardiaca.

In generale però è fondamentale precisare **che nel caso si venga convocati a visita di revisione o per i controlli straordinari, è sempre indispensabile presentarsi o spedire la documentazione sanitaria richiesta**, facendo presente eventualmente in quel momento il diritto all'esonero. È obbligatorio **presentarsi alla visita medica anche quando una patologia è stata valutata come non rivedibile** e fissata una data di scadenza sul verbale, nonostante, anche in questo caso, si ritenga che tale patologia rientri tra quelle elencate nel sopraindicato decreto. **La mancata presentazione a visita determinerà la revoca dei benefici economici di cui si è titolari.**

2.5 FARE RICORSO

Nell'ambito delle malattie rare accade, non di rado, che il riconoscimento dell'invalidità civile venga negato a causa della **mancata conoscenza della patologia**.

È possibile, inoltre, che la condizione di handicap o di invalidità, sia riconosciuta in misura minore rispetto alle aspettative.

Per questi motivi, il **verbale** delle Commissioni concernente il riconoscimento o meno dell'invalidità civile, la disabilità e l'handicap può essere **impugnato entro 6 mesi dalla comunicazione**, davanti al Giudice.

Per tutte le controversie in cui si intenda far valere diritti "in materia di invalidità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità" il ricorrente deve **proporre al giudice istanza di accertamento tecnico preventivo** per la verifica preliminare delle condizioni sanitarie del soggetto al fine di valutare la legittimità della pretesa.

Prima di presentare il ricorso si suggerisce di:

- verificare se la propria patologia dia diritto all'esenzione per malattia rara o cronica, controllando attentamente il nuovo elenco ministeriale;
- raccogliere un'adeguata documentazione scientifica sulla patologia. Per questo è possibile chiedere un supporto al proprio specialista o alle associazioni di pazienti nazionali;

- nominare un difensore di fiducia, se necessario, al fine di essere validamente rappresentato in giudizio.

Una volta effettuate queste verifiche è possibile presentare un ricorso. In alternativa sarà possibile presentare una domanda di invalidità civile *ex novo*.

Nel processo di accertamento dell'invalidità civile sono previste due diverse forme di tutela:

- giudiziaria, relativa alla fase sanitaria;
- amministrativa, relativa alla fase di concessione delle provvidenze economiche.

ATTENZIONE: I costi delle pratiche di ricorso sono sempre a carico dei ricorrenti. Il ricorrente può farsi assistere da un legale di propria fiducia e ricorrere a un consulente medico legale, ma qualsiasi costo resta a carico del ricorrente.

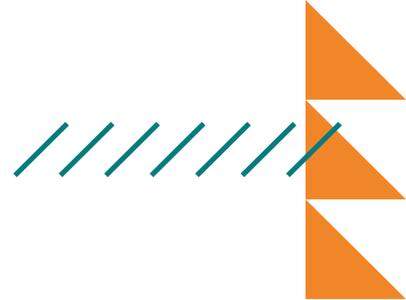
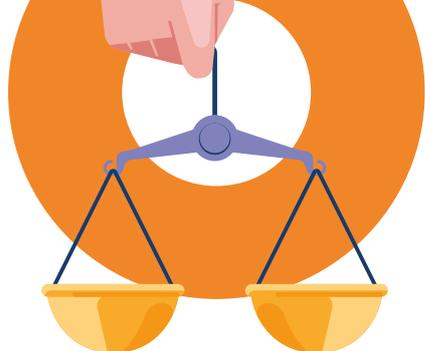
Per informazioni più dettagliate potete consultare [questa pagina di Osservatorio Malattie Rare](#).

QUALE MEDICO PUÒ EMETTERE IL CERTIFICATO INTRODUTTIVO PER L'INVALIDITÀ CIVILE (E LA LEGGE 104)?

Il medico certificatore deve essere abilitato, cioè disporre di un apposito PIN dell'INPS. **Secondo le normative vigenti gli specialisti sono tenuti a fornire la certificazione gratuitamente.** Il riferimento è il Decreto Ministeriale 12 gennaio 2017, che aggiorna i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza): nell'Allegato 1 troviamo, tra le attività medico legali per finalità pubbliche, anche gli "Accertamenti e attività certificativa medico legale nell'ambito della disabilità: accertamenti medico legali per il riconoscimento della invalidità, cecità e sordità civili; accertamenti medico legali ai fini del riconoscimento della condizione di handicap (Legge n. 104/1992); accertamenti medico legali ai fini del collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità (ex Legge n. 68/1999)".

Se a erogare il certificato è invece il medico di base, è lecito da parte sua richiedere un compenso, che varia dai 50 ai 150 euro.





CAPITOLO 3

LEGGE 104

3.1 - LA LEGGE 104

La Legge 5 febbraio 1992 n. 104, più nota come **Legge 104/92**, è il riferimento normativo "per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

Per definizione la legge **si applica** dunque **ALLE PERSONE CON HANDICAP**, o persone handicappate. Anche se questa parola è ormai associata a un concetto negativo, assolutamente superato dalla normativa internazionale,¹² la legge fa riferimento alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce l'HANDICAP come condizione **di svantaggio, conseguente a una menomazione o a una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali.**

L'art. 2 della Legge esplicita il ruolo chiave della normativa: la presente legge detta i principi dell'ordinamento in materia di **diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata.**

L'articolo 3 della Legge 104 ci fornisce tutte le definizioni necessarie a stabilire, di fatto, chi sono i **destinatari** della norma:

- 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 (comma 1);
- 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 all'efficacia delle terapie riabilitative;
- qualora la minorazione, singola o plurima, abbia **ridotto l'autonomia personale**, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale

¹² Sulla Gazzetta Ufficiale n. del 30 dicembre 2021 è stata pubblicata la legge n. 227 del 22 dicembre 2021 per il riassetto delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, in attuazione della riforma 1.1 prevista dalla Missione 5 "Inclusione e Coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore" del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Tale riforma prevede infatti l'approvazione di una legge di delegazione riguardante tutte le persone con disabilità, avente il suo fulcro nel progetto di vita personalizzato e partecipato diretto a consentire alle persone con disabilità di essere protagoniste della propria vita e di realizzare una effettiva inclusione nella società.

La legge contiene, in generale, una significativa revisione della normativa sulla disabilità, al fine di razionalizzare e unificare in un'unica procedura tutti gli accertamenti che riguardano l'invalidità civile, la cecità civile, la sordità civile, la sordocecità, l'accertamento della disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa, fino alle valutazioni sul possesso dei requisiti per accedere a agevolazioni fiscali, tributarie e della mobilità



permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità (comma 3). Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici;

- la legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti e alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.

Principali destinatari sono dunque le persone con handicap, ma non mancano **riferimenti anche ai loro familiari caregiver**. Il presupposto è infatti che l'autonomia e l'integrazione sociale si raggiungono garantendo alla persona handicappata e alla famiglia adeguato sostegno. Questo supporto può essere sotto forma di servizi di aiuto personale o familiare, ma si può anche intendere come aiuto psicologico, psico-pedagogico, tecnico.

DIFFERENZA TRA 104 E INVALIDITÀ

La certificazione dello stato di handicap sottolinea le ripercussioni sociali che una persona può avere nella vita quotidiana per effetto della sua minorazione.

L'invalidità, invece, è intesa come la difficoltà a svolgere alcune funzioni quotidiane, per effetto di limitazioni fisiche, psichiche, intellettive, visive o uditive.

Il certificato di invalidità civile, dunque, riguarda esclusivamente una valutazione medico-legale. Per saperne di più sulle procedure, le percentuali di invalidità e i conseguenti BENEFICI ECONOMICI potete consultare il capitolo precedente.

La Legge 104/92 riconosce e tutela la partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità, in particolare nei luoghi per essa fondamentali: la scuola, durante l'infanzia e l'adolescenza (artt. 12, 13, 14, 15, 16 e 17) e il lavoro, nell'età adulta (artt. 18, 19, 20, 21 e 22).

In questa guida, destinata principalmente alle persone affette da amiloidosi cardiaca, non saranno affrontate le tematiche relative all'ambito scolastico.

3.2 - LEGGE 104: ITER PROCEDURA DI ACCERTAMENTO

L'accertamento dell'handicap di una persona è demandato alle Commissioni mediche presso le ASL, istituite dalla Legge n. 295/1990 per l'accertamento dell'invalidità civile, integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare in servizio presso le ASL, oltre che da un medico INPS, come previsto dall'art. 20 del D.L. n. 78/2009, convertito dalla Legge 102/2009.

LA PROCEDURA DI ACCERTAMENTO

Per ottenere il riconoscimento dell'handicap, occorre presentare **domanda all'INPS** per via telematica, attraverso una **procedura analoga a quella relativa al riconoscimento dell'invalidità civile**.¹³ La richiesta dei benefici previsti dalla Legge 104 può essere presentata contestualmente a quella relativa al riconoscimento dell'invalidità civile, a discrezione del cittadino.

¹³ Si veda pagina 34 anche per i dettagli riguardo la procedura semplificata e le possibilità relative all'allegazione di documentazione medica direttamente per via telematica.

La procedura di accertamento si struttura in due fasi:

- Il medico curante compila il certificato introduttivo e lo trasmette all'INPS. Nel certificato **il medico attesta la natura delle infermità invalidanti**, riporta i dati anagrafici, le patologie invalidanti da cui il soggetto è affetto, le eventuali patologie stabilizzate o ingravescenti che danno titolo alla non rivedibilità e l'eventuale sussistenza di una patologia oncologica in atto.
- **Il cittadino presenta all'INPS la domanda, da abbinare al certificato medico.** L'operazione avviene per via telematica. Può essere effettuata dal cittadino autonomamente o attraverso gli enti abilitati, come patronati sindacali, associazioni di categoria, CAF e altre organizzazioni.

Se è necessario il medico può fare richiesta di visita domiciliare per il suo assistito altrimenti è sufficiente scegliere una data, fra quelle proposte dal sistema informatico, in cui effettuare la visita.

Da ricordare che l'assenza alla prima convocazione, così come l'assenza a un'eventuale seconda visita di riconvocazione, costituisce la rinuncia alla domanda. Essa perderà di efficacia e bisognerà ripresentare la richiesta daccapo.

L'ESITO DELLA DOMANDA

Chi ha richiesto l'accertamento dell'handicap (Legge 104/1992) ed è stato sottoposto a visita riceve (per posta) un verbale dall'INPS che indica lo **status accertato**. Il verbale è generalmente accompagnato da una comunicazione dell'Istituto che contiene le indicazioni dei tempi e delle modalità per l'eventuale ricorso.

3.3 COME LEGGERE IL VERBALE DI HANDICAP

I verbali più recenti sono trasmessi in due formati: un formato con tutte le informazioni, anche quelle di natura strettamente sanitaria (quindi dati sensibili), e un secondo formato con queste informazioni oscurate.

Questo secondo formato contiene le informazioni comunque sufficienti per accedere a servizi e prestazioni previste dalla normativa vigente, nazionale e regionale, a favore delle persone con handicap.

I verbali contengono una serie di dati che possono essere schematizzati in 4 sezioni:

1. dati anagrafici e relativi alla pratica;
2. dati relativi alla condizione sanitaria rilevata;
3. dati relativi alla valutazione proposta;
4. dati relativi alla eventuale revisione.

LA CONDIZIONE RICONOSCIUTA

La voce più rilevante per capire a quali benefici si ha diritto è la "valutazione proposta". Nei precedenti verbali questa voce veniva indicata con la dizione "il richiedente è riconosciuto:"

Nei verbali più recenti, rilasciati dopo la convalida dell'INPS, viene indicata **una delle seguenti condizioni:**

- **"Persona con handicap (articolo 3 comma 1, Legge 104/1992)":** indica la presenza di uno stato di handicap senza connotazione di gravità, che dà diritto comunque ad alcune prestazioni e benefici, mentre non è sufficiente per altri, primo fra tutti l'accesso ai permessi e ai congedi lavorativi.
- **"Persona con handicap con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3, Legge 104/1992)":** riconosce che la minorazione, singola o plurima, ha 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, perciò la situazione assume connotazione di gravità. Solo questo riconoscimento consente l'accesso ai permessi e ai congedi lavorativi per la persona disabile o per il familiare che la assiste.
- **"Persona handicappata con un grado di invalidità superiore ai due terzi (articolo 21, Legge 104/1992)":** dà diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili per le persone assunte presso gli Enti pubblici come vincitrici di concorso o ad altro titolo. Non consente invece di accedere a permessi e congedi lavorativi.

DATI RELATIVI ALLA REVISIONE

L'ultima sezione del verbale riporta le indicazioni relative all'eventuale **revisione**, cioè la **rivalutazione nel tempo** della situazione sanitaria valutata nel verbale.

Le indicazioni che si possono trovare nei verbali attualmente sono due:

- **Esonero da future visite di revisione in applicazione del D.M. 2/8/2007:** indica espressamente l'esonero previsto dalla Legge 80/2006 per le patologie o affezioni elencate nel Decreto Ministeriale 2 agosto 2007 per le persone titolari di indennità di accompagnamento o di comunicazione. In caso positivo l'interessato non verrà più convocato a visita né per revisione né per controlli di verifica a campione.
- **Revisione:** indica se è prevista o meno una revisione; in caso positivo viene indicato il mese e l'anno della successiva revisione. Se non viene indicato nulla la persona può comunque essere convocata per visite di controllo a campione a meno che non sia espressamente previsto l'esonero di cui sopra.

LE AGEVOLAZIONI "FISCALI"

Nella normativa italiana sono previste alcune **agevolazioni fiscali sui veicoli destinati al trasporto delle persone con disabilità o su quelli specificamente adattati alla guida**.

Le agevolazioni consistono in IVA agevolata (4% anziché 22%), detrazione del 19% della spesa sostenuta in sede di dichiarazione annuale dei redditi, esenzione dal pagamento della tassa di circolazione e delle imposte sugli atti traslativi (imposte di trascrizione). Il legislatore ha fissato anche ulteriori requisiti sulla tipologia di veicoli ammessi e, per alcune agevolazioni, sulla cilindrata.

Tuttavia, tali agevolazioni non sono concesse alla generalità delle persone con disabilità, ma solo ad alcune "categorie" con l'obbligo aggiuntivo, in taluni casi, di adattamento obbligatorio del veicolo (adattamento al trasporto o adattamento dei dispositivi di guida secondo quanto prescritto in funzione dell'idoneità a condurre veicoli).

Per individuare il diritto alle agevolazioni e le condizioni per accedervi (adattamento obbligatorio o meno) è strettamente necessario che dai verbali di invalidità o di handicap risulti l'espresso riferimento alle fattispecie previste (in fasi successive) dal legislatore.

Solo di recente i verbali di invalidità e di handicap hanno raggiunto una strutturazione

consolidata che consente più agevolmente questa analisi grazie all'adozione di più omogenee definizioni:

- **"ridotte o impedito capacità motorie"**: con questa indicazione nel verbale di invalidità o di handicap, **la persona ha diritto ad accedere alle agevolazioni fiscali sui veicoli a condizione che il mezzo sia adattato in modo stabile al trasporto di persone con disabilità**; in alternativa il veicolo deve essere adatto alla guida secondo le prescrizioni della Commissione preposta al riconoscimento dell'idoneità alla guida;
- **"affetto da handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato l'indennità di accompagnamento (art. 30, comma 7, L. 388/2000)"**: in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali;
- **"affetto da grave limitazione della capacità di deambulazione o da pluriamputazioni (art. 30, comma 7, L. 388/2000)"**: anche in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali.

Se invece si riscontra la dizione **"l'interessato non possiede alcun requisito tra quelli di cui all'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012 n. 5"** – significa che la Commissione non ha rilevato nessuna delle condizioni elencate sopra (il che impedisce l'accesso ai relativi benefici fiscali e relativi al "contrassegno disabili").

Nei verbali più datati è meno facile individuare con certezza il diritto alle agevolazioni fiscali, non essendo sempre precise le indicazioni e le definizioni adottate, o addirittura essendo del tutto assenti.

IL CONTRASSEGNO PARCHEGGIO DISABILI

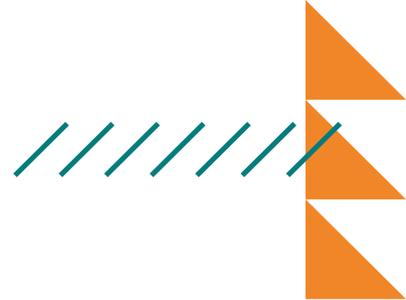
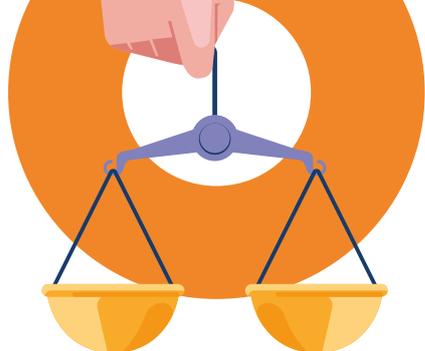
Il **contrassegno disabili** è un tagliando con il simbolo grafico della disabilità che permette **alle persone con problemi di deambulazione e ai non vedenti** di usufruire di facilitazioni nella **circolazione** e nella **sosta** dei veicoli al loro servizio, anche in zone vietate alla generalità dei veicoli. Si tratta di una speciale autorizzazione che, previo accertamento medico, viene rilasciata dal proprio Comune di residenza, più esattamente dal sindaco (art.188 del Codice della Strada, CdS, e art. 381 del Regolamento di esecuzione del CdS).

Formalmente è un atto amministrativo autorizzatorio che rimane di proprietà comunale anche se affidato alla detenzione temporanea della persona fisica indicata. Il contrassegno ha la **durata di cinque anni**, anche se la disabilità è permanente. Quando i cinque anni sono scaduti, può essere **rinnovato**.

La persona con amiloidosi può avere diritto al contrassegno **se viene accertata la sua effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. È dunque necessaria una specifica certificazione erogata dalla commissione di invalidità e medicina legale.** Tuttavia dal 2012 una specifica normativa ha attribuito alla Commissione medica di accertamento (dell'invalidità o dell'handicap) il compito di annotare nei verbali anche la sussistenza della condizione richiesta dal Regolamento di attuazione del Codice della Strada.

Conseguentemente i verbali più recenti, qualora ricorrano le condizioni sanitarie previste dal Regolamento del Codice della Strada, riportano l'annotazione: **"persona con effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381, DPR 495/1992)".** In questo caso la persona con amiloidosi ha diritto al contrassegno.

Per ulteriori informazioni vi invitiamo a consultare il [sito ACI](#).



CAPITOLO 4

IL CONTESTO LAVORATIVO

4.1 I DIRITTI DEI LAVORATORI CON DISABILITÀ

È primariamente la Legge 104 a regolare i permessi dei lavoratori in caso di disabilità. Al tema è dedicato l'articolo 33, che prevede la possibilità di **ottenere particolari permessi per i familiari che assistono persone con handicap grave e per i lavoratori a cui è stato riconosciuto lo stato di handicap in situazione di gravità**. Anche il riconoscimento dell'invalidità civile dà diritto ad alcune agevolazioni. Di seguito elenchiamo sinteticamente tutte le misure previste dal nostro attuale ordinamento.

PERMESSI

La persona disabile, lavoratrice dipendente, cui sia stata **riconosciuta una condizione di handicap grave** (Legge 104 articolo 3 comma 3), può godere dei **permessi giornalieri orari (due ore al giorno) o dei permessi mensili (tre giorni al mese), frazionabili**. I permessi sono **retribuiti, coperti da contributi figurativi e non incidono sulla formazione delle ferie e della tredicesima mensilità**.

I permessi **non** sono tra loro **cumulabili** e la loro alternatività è ammissibile solo di mese in mese: il lavoratore, cioè, può scegliere di utilizzare in un mese tre giorni di permesso e nel mese successivo due ore giornaliere, ma non può cumulare nello stesso mese tre giorni e due ore.

PREPENSIONAMENTO

I lavoratori con invalidità superiore al 74% o sordi hanno diritto a richiedere, per ciascun anno effettivamente lavorato, due mesi di contributi figurativi (fino a un totale di cinque anni) utili ai fini pensionistici.

SCelta DELLA SEDE DI LAVORO

La normativa vigente prevede che il lavoratore che assista un familiare con handicap, il genitore e il lavoratore disabile hanno diritto a scegliere, ove possibile, **la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio**. La scelta non si configura dunque come un diritto insindacabile. L'azienda può rifiutare la scelta avanzata dal lavoratore motivandolo con ragioni legate all'organizzazione aziendale stessa. Per questo tipo di richiesta è comunque necessario essere in possesso del certificato di **handicap con connotazione di gravità** (articolo 3, comma 3 della Legge 104/1992). Dunque, invalidità civile o altri requisiti non sono validi ai fini della richiesta della scelta della sede di lavoro.



Ricordiamo inoltre che per le persone handicappate "con un **grado di invalidità superiore ai due terzi**", assunte presso gli enti pubblici come vincitori di concorso o ad altro titolo, esiste il diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili.

RIFIUTO AL TRASFERIMENTO

Il comma 6 dell'articolo 33 della Legge 104/1992 stabilisce **che il lavoratore portatore di handicap grave ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e a non essere trasferito in altra sede, senza il suo consenso**. Il diritto di scelta della sede di lavoro da parte del disabile può essere esercitato sia in sede di assunzione che successivamente, cioè sia quando la situazione di handicap grave si verifichi in corso di rapporto che quando la stessa sia preesistente.

La richiesta di trasferimento non è un diritto incondizionato del richiedente, nemmeno nella Pubblica Amministrazione. La Pubblica Amministrazione può legittimamente respingere l'istanza di trasferimento di un proprio dipendente, presentata ai sensi dell'art. 33, quando le condizioni personali e familiari dello stesso recedono di fronte all'interesse pubblico alla tutela del buon funzionamento degli uffici e del prestigio dell'Amministrazione.

Il cosiddetto diritto al trasferimento è quindi rimesso a una **valutazione relativamente discrezionale** dell'Amministrazione ed è soggetto a 2 condizioni:

- che nella sede di destinazione vi sia un posto vacante e disponibile;
- che vi sia l'assenso delle Amministrazioni di provenienza e di destinazione.

Il diritto di non essere trasferito senza esplicito consenso ad altra sede costituisce, invece, un diritto incondizionato, cioè non soggetto alla verifica delle compatibilità con le esigenze organizzative e produttive dell'impresa.

LAVORO NOTTURNO

Il lavoratore che usufruisce dei permessi legati alla Legge 104/92 per l'assistenza di un familiare disabile grave è esonerato dai turni notturni e da eventuali turni di reperibilità. A prevederlo sono il D.Lgs 151/2001, con gli articoli 42 e 53, e il D.Lgs 115/2003. In particolare, nell'articolo 53, il D.Lgs 151/2001 precisa che "non sono altresì obbligati a prestare lavoro notturno la lavoratrice o il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni".

La normativa, invece, non prevede uno specifico esonero dal lavoro notturno per le persone con disabilità se non nei casi previsti per la generalità dei lavoratori, come per esempio il giudizio di inidoneità al lavoro notturno emesso da organismi preposti al controllo delle condizioni di salute dei lavoratori (Azienda Sanitaria, Commissioni Mediche di Verifica) o dal Medico Competente nello svolgimento dei suoi compiti di sorveglianza sanitaria in base alla normativa sulla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (art. 41 del Decreto Legislativo n. 81/2008).

In proposito l'art. 11 – comma 1 del Decreto Legislativo n. 66/2003 prevede che **l'inidoneità al lavoro notturno può essere accertata attraverso le competenti strutture sanitarie pubbliche**, mentre l'art. 14 – comma 1 precisa che la valutazione dello stato di salute dei lavoratori notturni deve avvenire a cura e a spese del datore di lavoro, o tramite le competenti strutture sanitarie pubbliche o tramite il medico competente, attraverso controlli preventivi e periodici, almeno ogni due anni, volti a verificare l'assenza di controindicazioni al lavoro notturno a cui sono adibiti i lavoratori.

4.2 LA LEGGE 68/99 E IL COLLOCAMENTO MIRATO

L'espressione "collocamento mirato dei disabili" fa riferimento a una serie di **strumenti che permettono un'adeguata valutazione della capacità lavorativa delle persone con disabilità** e comprende l'analisi dei posti di lavoro, le quote riservate e le forme di sostegno da attivare (dall'eliminazione delle barriere architettoniche alla messa in atto di misure specifiche dedicate al singolo lavoratore).

Ai sensi della Legge 68/1999 hanno diritto al collocamento mirato le **persone con invalidità civile superiore al 45% e con residua capacità lavorativa**. È dunque chiaro che il collocamento mirato comprende una fascia molto ampia di popolazione. Di seguito elenchiamo sinteticamente le principali misure messe in atto per la promozione dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro.

LISTE SPECIALI DI COLLOCAMENTO

Le persone con invalidità accertata superiore al 45% possono iscriversi all'Ufficio del lavoro nelle liste speciali riservate agli invalidi civili.

Per iscriversi a quelle liste è tuttavia necessario sottoporsi a una **visita di accertamento delle capacità lavorative, ulteriore e diversa rispetto all'accertamento dell'invalidità o dell'handicap**. È necessario richiedere, presso la Commissione invalidi, presente in ogni Azienda Usl, l'accertamento ai fini della Legge 68/1999. Una volta in possesso di quel certificato è possibile iscriversi alle liste speciali di collocamento.

ASSUNZIONI OBBLIGATORIE

Sono tenuti all'assunzione obbligatoria tutti i datori pubblici e privati che abbiano alle proprie dipendenze **minimo 15 persone**, secondo le modalità indicate dalla Legge 68/99 e il D.Lgs 469/97.

La riforma del Lavoro approvata dal Ministro Fornero ha incluso nel computo tutti i lavoratori assunti con vincolo di subordinazione, a eccezione di lavoratori assunti tramite collocamento obbligatorio, i soci di cooperative di produzione e lavoro, i dirigenti, i contratti di inserimento, i lavoratori somministrati presso l'utilizzatore, i lavoratori assunti per attività all'estero (per la corrispondente durata), gli Lsu, i lavoratori a domicilio, i lavoratori emersi ex Legge 383/2001, gli apprendisti. Tra i conteggiati, anche gli assunti con contratto a tempo determinato fino a 9 mesi. Le quote riservate sono dunque aumentate in maniera significativa.

I datori di lavoro che devono adempiere all'obbligo di assunzione presentano richieste che vengono incrociate con le liste di disoccupati depositate presso i Centri per l'impiego.

Ai disabili assunti si applica il trattamento economico e normativo previsto dalle leggi e dai contratti collettivi.

Per favorire l'inserimento lavorativo dei disabili la Legge 68/99 prevede la possibilità per i datori di lavoro di stipulare convenzioni con gli uffici competenti per la realizzazione di programmi mirati. Le convenzioni prevedono l'impegno da parte dei datori di lavoro dell'assunzione al termine del programma. L'attuazione delle convenzioni avviene attraverso tirocini formativi, assunzioni a termine, ampliamento dei periodi di prova. Esiste inoltre la possibilità di realizzare convenzioni con cooperative sociali, associazioni di volontariato,

consorzi e la possibilità di deroghe (per età o durata) su formazione lavoro (inserimento lavorativo) e apprendistato.

Recentemente, con il Capo I del [Decreto Legislativo n. 151 del 14 settembre 2015](#) sono state apportate alcune modifiche alla Legge 68/99. In primis, con l'obiettivo di rafforzare il collocamento mirato, è stata prevista l'**emanazione di linee guida volte a promuovere una rete integrata con i servizi, gli accordi territoriali, la valutazione bio-psico-sociale della disabilità, gli accomodamenti ragionevoli, il responsabile dell'inserimento lavorativo e le buone pratiche di inclusione lavorativa**. Il documento è stato tuttavia predisposto solo a inizio 2022.

Una volta inserito nel mondo del lavoro, attraverso collocamento mirato o meno, ogni malato raro viene tutelato nello svolgimento delle proprie mansioni, compatibilmente alla propria patologia, attraverso:

- priorità nella scelta della sede di lavoro,
- assegnazione a mansioni adeguate,
- esonero dal lavoro notturno,
- revisione degli orari di lavoro,
- telelavoro / smart working,
- assenze "giustificate".

CONCORSI

La Legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" stabilisce, tra le varie, che **ogni Pubblica Amministrazione debba riservare una percentuale di assunzione alle persone con disabilità**. Ogni bando stabilisce la "**quota di riserva**": per accedere a tali quote è indispensabile essere iscritti alle liste speciali presso il Centro per l'Impiego.

D'altro canto l'art. 16, comma 1, della Legge 68 prevede che le persone con disabilità possono partecipare a tutti i concorsi per il pubblico impiego, da qualsiasi amministrazione pubblica siano banditi, e che, a tal fine i bandi di concorso prevedano **speciali modalità di svolgimento delle prove di esame** per consentire ai soggetti suddetti di concorrere in effettive condizioni di parità con gli altri.

L'art. 20 della Legge 104/1992 prevede che la persona con disabilità sostenga le prove d'esame nei concorsi pubblici e per l'abilitazione alle professioni con l'uso degli ausili necessari e nei tempi aggiuntivi eventualmente necessari in relazione allo specifico handicap. **Nella domanda di partecipazione al concorso e all'esame per l'abilitazione alle professioni il candidato specifichi l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi.**

Alcune amministrazioni, in sostituzione degli ausili richiesti, prevedono l'affiancamento del candidato da parte di un tutor.

IMPORTANTE - Le quote di riserva non si applicano ai concorsi per passaggio di categoria e/o avanzamento di carriera come ha stabilito la Corte Costituzionale con sentenza n. 190/2006 specificando che le norme contenute nella Legge 68/99, in tema di riserva di posti, si riferiscono alle assunzioni di persone con disabilità ai fini dell'adempimento dell'obbligo da parte dei datori di lavoro pubblici e non sono estensibili ai concorsi per passaggio di categoria e/o avanzamento di carriera.

ALTRE SPECIFICHE SUI CONCORSI

In alcuni concorsi pubblici riservati a persone con disabilità viene richiesto il certificato di idoneità fisica all'impiego. Ciò non può più accadere in quanto l'art. 42 comma 1 del Decreto Legge n. 69/2013 (cosiddetto "decreto del fare") convertito con modificazioni dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 dispone che, fermi restando gli obblighi di certificazione previsti dal Testo Unico sulla Sicurezza (Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81), per i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, sono soppresse alcune certificazioni sanitarie e tra queste proprio il certificato di "idoneità fisica all'impiego" previsto dall'art. 2 del D.P.R. n. 3/57.

Pertanto **l'unica certificazione medica che può essere richiesta per l'accesso all'impiego pubblico della persona con disabilità è la certificazione attestante l'idoneità allo svolgimento delle mansioni** proprie del posto da ricoprire, oppure di compatibilità delle residue capacità lavorative con le specifiche mansioni da svolgere.

SMART WORKING PER IL LAVORATORE FRAGILE

Quando si parla di **lavoro agile o smart working** si intende che la prestazione lavorativa può essere svolta anche "a distanza", tipicamente da casa, restando funzionalmente e strutturalmente collegati all'attività aziendale tramite strumenti informatici e telematici. Questa modalità lavorativa, detta anche telelavoro, è stata prevista durante l'emergenza da Covid-19 per i lavoratori cosiddetti fragili ed è attualmente prevista per questa categoria di lavoratori fino al 31 marzo 2024, ma solo per il settore privato. Il cosiddetto DL Anticipi (Decreto-Legge 18 ottobre 2023, n. 145, convertito con Legge 15 dicembre 2023, n. 191) ha infatti prorogato il beneficio esclusivamente per i lavoratori del comparto privato, escludendo quelli del settore pubblico.

Si ricorda che, la **definizione** della categoria di "**lavoratori fragili**" è stata affidata a un [Decreto del Ministero della Salute del 4 febbraio del 2022](#), che annovera pazienti con situazioni di **grave compromissione del sistema immunitario**, pazienti con **almeno 3 o più patologie gravi concomitanti** tra quelle indicate dallo stesso D.M. e persone in possesso di **documentata esenzione alla vaccinazione**.

In sintesi la lista si restringe a:

- **pazienti con situazioni di grave compromissione del sistema immunitario** (trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva; trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica); attesa di trapianto d'organo; terapie a base di cellule T esprimenti un Recettore Chimerico Antigenico (cellule CART); patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure; immunodeficienze primitive (es. sindrome di DiGeorge, sindrome di Wiskott-Aldrich, immunodeficienza comune variabile etc.); immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es: terapia corticosteroidica ad alto dosaggio protratta nel tempo, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.); dialisi e insufficienza renale cronica grave; pregressa splenectomia; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) con conta dei linfociti T CD4+ < 200cellule/ μ l o sulla base di giudizio clinico;
- **pazienti con almeno 3 o più delle seguenti patologie gravi concomitanti:** cardiopatia ischemica; fibrillazione atriale; scompenso cardiaco; ictus; diabete mellito; bronco-pneumopatia ostruttiva cronica; epatite cronica; obesità;

- **persone in possesso di documentata esenzione alla vaccinazione per motivi sanitari ed età >60 anni;**
- **persone in possesso di documentata esenzione alla vaccinazione per motivi sanitari** affette da una delle condizioni elencate all'Allegato 2 della Circolare della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute n. 45886 dell'8 ottobre 2021. Le condizioni sono sostanzialmente: la disabilità grave (Legge 104, articolo 3 comma 3) e tutte quelle patologie per cui è stata prevista la priorità vaccinale sulla terza dose, tra cui fibrosi cistica, fibrosi polmonare idiopatica, miastenia gravis, distrofia muscolare. Le amiloidosi non sono esplicitate in tale circolare.

Per l'elenco completo si rimanda al contenuto dedicato su [Osservatorio Malattie Rare](#).

Fino al 31 marzo 2024 dunque, a seguito della proroga prevista dal cosiddetto DL Anticipi, per i lavoratori dipendenti privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal succitato decreto del Ministro della Salute, **il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento.**

La lista di patologie inserita all'interno del Decreto Ministeriale del febbraio 2022 si è, tuttavia, sin da subito mostrata carente soprattutto nel prendere in considerazione le malattie rare. Per questo era in discussione anche una proroga del diritto a svolgere la prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile destinata anche ai lavoratori dipendenti che, sulla base delle valutazioni dei medici competenti sono più esposti a rischio di contagio dal virus SARS-CoV-2, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbilità che possano caratterizzare una situazione di maggiore rischio, accertata dal medico competente.

Effettivamente, però, tale **proroga** è stata prevista **fino al 31 marzo 2024 solo per per i genitori lavoratori con figli minori di anni 14** (art.18 bis della Legge 15 dicembre 2023, n. 191, Conversione in legge, con modificazioni, del [Decreto Legge 18 ottobre 2023, n. 145](#), cosiddetta Legge Anticipi).

Va infine ricordato che il [D.Lgs n. 105/2022](#) sull'equilibrio vita-lavoro di genitori e prestatori di assistenza ha modificato la Legge 104/92 e 81/2017 in un'ottica di maggior favore per l'esecuzione del lavoro in modalità agile. Ai sensi di questo provvedimento, che **non prevede alcuna scadenza**, hanno diritto di prelazione nello svolgimento dello smart working tutti i lavoratori e le lavoratrici, pubblici e privati, con **figli fino a 12 anni d'età o disabili (senza un limite d'età) oppure di lavoratori disabili gravi (ai sensi della Legge 104 articolo 3 comma 3) o caregiver.**

LE ASSENZE GIUSTIFICATE

Se un lavoratore soffre di una malattia rara e deve sottoporsi a una **terapia salvavita** mentre è ancora in attività, può usufruire di giorni di ricovero o di *day hospital* che non vanno ad accumularsi a quelli previsti dal periodo di **comporto** (il lasso di tempo durante il quale vige il divieto di licenziamento). La conseguenza diretta è che il lavoratore non può essere licenziato né vedersi decurtare lo stipendio se supera il tetto del comportamento a causa delle **assenze** dovute a questo tipo di terapie.

Tuttavia, **per i dettagli, occorre fare riferimento a ciò che dicono i singoli Contratti Collettivi Nazionali**, sia del settore pubblico sia di quello privato. I CCNL spesso prevedono la possibilità di conservare il posto di lavoro anche nei casi in cui l'assenza per malattia determini il superamento del periodo di comporto. In caso contrario, il lavoratore affetto da malattia rara, in genere, ha diritto a usufruire di alcuni giorni di **aspettativa non retribuita** per motivi di salute e di cure.

Attenzione però, **l'assenza** giustificata dal lavoro per delle terapie o dei periodi di malattia in seguito a una patologia rara **non esenta dall'obbligo di reperibilità per un eventuale visita fiscale**. È importante quindi tenere presente che i controlli possono essere fatti nelle fasce 9-13 e 15-18 per i dipendenti pubblici e nelle fasce 10-12 e 17-19 per i dipendenti privati, tutti i giorni, compresi i festivi.

I CONTRATTI COLLETTIVI NAZIONALI E IL PERIODO DI COMPORTO

Il rapporto di lavoro (dei lavoratori dipendenti) è disciplinato dal Contratto Collettivo di riferimento, al quale è demandata la disciplina delle assenze per malattia, dei permessi e dei congedi (ad eccezione di quelli previsti ai sensi della L. 104, di cui abbiamo parlato all'inizio del capitolo), con particolare riguardo alla **determinazione del cosiddetto periodo di comporto, ossia del periodo durante il quale vige il divieto di licenziamento del lavoratore assente per malattia**.

Sono sempre più numerosi i contratti collettivi che hanno previsto un'**apposita disciplina relativa al periodo di comporto per patologie gravi richiedenti terapie salvavita**, stabilendo che **dal computo dei giorni di assenza per malattia siano esclusi i giorni di ricovero ospedaliero o di day-hospital e i giorni di assenza dovuti alle terapie, purché debitamente certificati**.¹⁴

Alcuni contratti nazionali, poi, hanno espressamente prolungato il periodo di comporto.¹⁵

LA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA NAZIONALE

I contratti collettivi nazionali sono disponibili per la consultazione online sul [sito del CNEL](#). Nel caso in cui il lavoratore non fosse in grado di reperire da solo le informazioni relative alla contrattazione collettiva può fare riferimento al sindacato di competenza o a servizi quali patronati e CAF (previa verifica della disponibilità all'erogazione della consulenza) con costi variabili (alcuni servizi possono essere gratuiti).

I contratti collettivi possono prevedere, in caso di malattia di durata superiore al periodo di comporto, la possibilità per il lavoratore di richiedere un ulteriore periodo di aspettativa non retribuita. In questo caso il rapporto di lavoro si considera temporaneamente sospeso e può essere riattivato normalmente al termine dell'assenza, limitando il rischio di licenziamento per superamento del periodo di comporto ai sensi dell'art. 2110 del Codice Civile.

Alcuni contratti collettivi hanno invece introdotto agevolazioni per il passaggio al part-time temporaneo per malattia o gravi emergenze familiari e ulteriori agevolazioni nel successivo

¹⁴ CFR CCNL del 16.2.1999 comparto **Ministeri**, CCNL 26.5.1999 settore Scuola, CCNL 14.9.2000 **Enti Locali**, CCNL 2001 comparto **Sanità**, CCNL 2001 **Enti Pubblici non Economici**, CCNL 2.7.2002 **Cassa Depositi e Prestiti**, CCNL 2004 **Agenzie fiscali**, CCNL 22.09.2009 **Industria Alimentare**, CCNL 18.12.2009 **Industria Chimica**.

¹⁵ A titolo esemplificativo citiamo il CCNL 20.02.16 Ottici, che ha aumentato il periodo di comporto da 13 a 15 mesi specificamente per alcune patologie, tra cui non compaiono le amiloidosi.

passaggio a tempo pieno. Altri contratti hanno stabilito particolari agevolazioni dedicate ai genitori di bambini con disabilità.

Attenzione però: **è importante tenere a mente che ogni CCNL è diverso ed è sempre opportuna la verifica da parte del lavoratore di quanto previsto dalla contrattazione collettiva**, non solo per quanto riguarda il periodo di comporto ma anche per ciò che concerne la possibilità di particolari coperture economiche e sanitarie in casi di malattie croniche (*long term care*).

COSA SI INTENDE PER GRAVI PATOLOGIE AI FINI DEL PERIODO DI COMPORTO?

Per patologie gravi si intendono quelle malattie che, definite dalle [Linee guida in attuazione del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute, 11 gennaio 2016, previsto dall'art. 25 del D. Lgs. 14 settembre 2015, n. 151](#), comportano:

- un vulnus funzionale intenso e inconsueto rispetto la casistica più frequente di malattia e tale da necessitare di contestuale somministrazione di terapie "estreme" ben debitamente certificate;
- una malattia temporanea determinata o connessa alla menomazione che, valutata in sede medico legale pluricritica, abbia visto assegnarsi una percentuale pari o superiore ai due terzi (67%) di invalidità permanente.

Le amiloidosi non sono esplicitate in questo elenco.

A rendere più complesso il quadro, rileva che non esiste né una normativa specifica né un'elencazione statutaria delle gravi patologie ovvero delle terapie con la qualificazione di "salvavita".

La normativa che disciplina specificamente le assenze per gravi patologie (comma 9, dell'art. 17 – e art. 19 comma 15 per il personale a TD – del [CCNL Comparto Scuola](#)), per le quali, come si è detto, è prevista la retribuzione intera e l'esclusione dal consueto computo dei limiti massimi di assenza per malattia, non definisce con esattezza le "gravi patologie", lasciandone nel generico la dizione nell'affermare che si deve trattare di gravi patologie.

Certificazione e terapie

Gli unici i periodi che danno diritto all'applicazione dei benefici sono:

- periodi di assenza per i giorni necessari all'applicazione dei trattamenti terapeutici temporaneamente e/o parzialmente invalidanti (es.: giorni di ricovero ospedaliero o day-hospital);
- periodi di assenza dovuti ai postumi diretti delle cure (temporanee e/o parziali invalidità dovute a conseguenze certificate dalle terapie effettuate).

Preventivamente deve essere stata accertata e certificata dalla competente ASL la grave patologia.

Nella certificazione che il lavoratore deve esibire, non solo deve essere espressamente dichiarato che si tratta di una grave patologia, ma deve essere anche specificato il tipo di terapia adottato. **Tale certificazione deve essere rilasciata da medici dell'ASL, che si tratti del medico di famiglia o dello specialista che opera presso gli ambulatori ASL: non è idonea, invece, la certificazione rilasciata dal medico specialista al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale.**

4.3 IL CONGEDO PER CURE

In base a quanto previsto dall'Art. 7 del [Decreto Legislativo 119/2011](#), i lavoratori con disabilità che necessitano di cure hanno diritto a richiedere un **congedo lavorativo ulteriore a quelli previsti dalla Legge 104**, nonché svincolato dal riconoscimento di handicap ai sensi della medesima norma.

CHI NE HA DIRITTO

I lavoratori mutilati e invalidi civili cui sia stata riconosciuta **una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%** possono fruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un congedo per cure per un periodo non superiore a 30 giorni.

COME FARE RICHIESTA

La **richiesta** deve essere effettuata dal lavoratore **direttamente al datore di lavoro** e deve essere accompagnata dalla richiesta del medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, o appartenente a una struttura sanitaria pubblica, dalla quale risulti la necessità di una cura direttamente correlata alla patologia (o alle patologie) per cui è stata riconosciuta l'invalidità. Il lavoratore è poi tenuto – secondo quanto previsto dal comma 3 – **a documentare in maniera idonea l'avvenuta sottoposizione alle cure**. In caso di lavoratore sottoposto a trattamenti terapeutici continuativi, a giustificazione dell'assenza può essere prodotta anche attestazione cumulativa.

COME SI CONFIGURA IL CONGEDO

Il periodo di congedo, sia esso fruito interamente o parzialmente, in maniera continuata o frazionata, **non va a incidere sul calcolo del periodo di comporto**. Durante i giorni di congedo il dipendente ha diritto a percepire il proprio **stipendio secondo il regime economico delle assenze per malattia**. Il testo del D.Lgs. non precisa a chi resta a carico la retribuzione delle giornate di congedo. Tuttavia, secondo quanto si legge nella risposta della Direzione Generale per l'Attività Ispettiva del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale a un interpello della Confartigianato di Prato in data 5 dicembre 2006, il congedo per cure **non è indennizzabile dall'INPS e rimane a carico del datore di lavoro**. Analoga interpretazione si può ricavare dalla risposta della direzione generale del Ministero del Lavoro all'interpello n. 10/2013, quesito posto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei consulenti del Lavoro.

AGEVOLAZIONI E DIRITTI SUL LAVORO PER MALATI ONCOLOGICI

Alcune persone affette da amilodosi potrebbero, nel corso della vita, incorrere in patologie oncologiche. Oltre a quanto previsto dal riconoscimento di una percentuale di invalidità civile e dal riconoscimento della Legge 104, segnaliamo alcune ulteriori specifiche.

ASSENZE DURANTE LA MALATTIA ONCOLOGICA

Il malato oncologico che non sia in grado di assolvere alle proprie mansioni a causa della malattia e delle sue conseguenze ha **diritto di assentarsi per il periodo necessario per le cure e terapie fino alla guarigione**, a conservare il posto di lavoro (salvo casi particolari, per un periodo di diciotto mesi nel triennio) e a percepire un'indennità commisurata alla retribuzione (a carico del datore di lavoro o dell'INPS, **a seconda di quanto previsto dal**

CCLN di riferimento). Ha, inoltre, diritto a maturare l'anzianità di servizio per tutto il periodo di assenza per malattia.

ASSENZA PER TERAPIA SALVAVITA

Non esiste una normativa generale e onnicomprensiva, tuttavia, alcuni **Contratti Collettivi Nazionali** prevedono per le patologie oncologiche e per quelle gravi che richiedono terapie salvavita che i giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento in day hospital, come anche i giorni di assenza per sottoporsi alle cure, siano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia normalmente previsti e siano retribuiti interamente. Inoltre, alcuni CCNL escludono dal calcolo del **periodo di comporta** anche giorni di assenza dovuti agli effetti collaterali delle terapie salvavita.

ASPETTATIVA NON RETRIBUITA

I CCNL, non sempre, ma **spesso in caso di patologia oncologica, prevedono la possibilità di conservare il posto di lavoro anche nei casi in cui l'assenza per malattia determini il superamento del periodo di comporta**. Il lavoratore potrà in questo caso usufruire di un periodo (variabile in base al CCNL di settore) di aspettativa non retribuita per motivi di salute e di cura.

FERIE E RIPOSI "SOLIDALI"

Dal 2015 l'[Art. 24 D. Lgs. 151/2015](#) prevede la **possibilità di donare giornate di ferie o riposo "solidali"** ai colleghi di lavoro in difficoltà per ragioni di salute. La misura, le condizioni e le modalità di esercizio di questo nuovo diritto sono stabiliti dai Contratti Collettivi Nazionali di settore, nel rispetto dei limiti previsti dal [D. Lgs. n. 66/2003](#).

LAVORATORI AUTONOMI E LIBERI PROFESSIONISTI

La Legge 81/2017 (ovvero il cosiddetto Jobs Act) ha disciplinato in maniera più organica, anche se ancora insufficiente rispetto alle esigenze, la tutela dei **lavoratori malati oncologici iscritti alla gestione separata INPS**. Questi ultimi infatti, se costretti a sospendere anche solo temporaneamente l'attività lavorativa a causa della patologia e delle terapie oncologiche, hanno diritto all'**indennità di malattia (massimo 61 giorni/anno)** ed eventualmente all'**indennità di degenza ospedaliera (massimo di 180 giorni/anno)**.

Inoltre, nel caso in cui la malattia sia di **gravità tale da impedire lo svolgimento dell'attività lavorativa** per oltre sessanta giorni, **il versamento dei contributi previdenziali e dei premi assicurativi è sospeso** per l'intera durata della malattia, fino a un massimo di due anni. Tuttavia, decorso tale termine, il lavoratore sarà tenuto a versare a rate i contributi e i premi maturati durante la sospensione.

Per ulteriori informazioni sul tema dei diritti legati alla patologia oncologica si rimanda all'[approfondimento dedicato di Osservatorio Malattie Rare](#).

4.4 I DIRITTI DEI CAREGIVER

Sintetizziamo di seguito i principali aspetti relativi alle possibilità previste per i lavoratori, con rapporto di lavoro pubblico o privato, **che assistono con continuità un parente o un affine entro il terzo grado, handicappato, con lui convivente**.

- Diritto a scegliere (ove possibile) la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e impossibilità a essere trasferito senza il consenso ad altra sede (L.104 art. 33, comma 5).

- Fruizione del diritto ai permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92:
 - 3 giorni di permesso mensile (fruibile anche in maniera continuativa) a condizione che la persona con handicap in situazione di gravità non sia ricoverata a tempo pieno;

oppure

- 2 ore di permesso giornaliero.
- Diritto a un congedo di due anni retribuito.
Al lavoratore che assista un familiare con grave disabilità la concessione di un congedo retribuito fino a due anni da poter fruire anche in modalità frazionata. Tale beneficio spetta al coniuge convivente (incluse le unioni civili), ai genitori, ai figli conviventi, ai fratelli e sorelle conviventi e, in casi eccezionali, ad altri parenti o affini fino al terzo grado se conviventi con la persona disabile.
- [Possibilità di accedere al Prepensionamento](#).
- Scelta della sede di lavoro (anche per pazienti oncologici con riconosciuta L.104).
- [Rifiuto al trasferimento](#).
- Impossibilità di essere obbligati al lavoro notturno.

La condizione primaria per usufruire di queste possibilità è che la persona disabile sia in possesso del certificato di handicap con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3 della Legge 104/1992).

ULTERIORI SPECIFICHE UTILI

Per la fruizione del diritto ai permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92 il dipendente interessato deve presentare apposita domanda. I soggetti legittimati a fruire di tali permessi sono:

- i dipendenti in situazione di disabilità grave;
- i dipendenti genitori che assistono figli di età inferiore ai tre anni in situazione di disabilità grave;
- il dipendente per assistere ciascun familiare in situazione di disabilità grave, compresi i dipendenti genitori che assistono figli di età superiore ai tre anni.

Hanno diritto ai permessi retribuiti, il coniuge, i parenti e gli affini entro il 2° grado.

Solo in particolari condizioni le agevolazioni possono essere estese ai parenti e affini di 3° grado. Tali situazioni sono rappresentate dal caso in cui il coniuge e/o i genitori della persona in situazione di disabilità grave:

- abbiano compiuto i 65 anni di età;
- siano deceduti o mancanti;
- siano affetti da patologie invalidanti (art. 2, comma 1, lett. d), del D.M. n. 278 del 21 luglio 2000 del Ministero per la Solidarietà Sociale, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Ministero delle Pari Opportunità – Regolamento recante disposizioni di attuazione dell'articolo 4 della L. 8 marzo 2000 n. 53, concernente congedi per eventi e cause particolari).

Per quest'ultima fattispecie, si fa riferimento a:

- patologie acute o croniche che determinano una temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, incluse le affezioni croniche di natura congenita,

reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;

- patologie acute o croniche che richiedono assistenza continua o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
- patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.

È inoltre prevista la possibilità del cumulo dei permessi in capo allo stesso lavoratore per assistere più familiari con grave disabilità.

I presupposti per il riconoscimento dei permessi sono:

- La persona in situazione di handicap grave non deve essere ricoverata a tempo pieno. Ma detti permessi possono essere concessi, anche in presenza di condizioni di ricovero, qualora ci sia:
 - interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura per effettuare visite o terapie;
 - ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o situazione terminale;
 - ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
- **L'eliminazione dei requisiti della convivenza, della continuità ed esclusività dell'assistenza.**

Le situazioni sopra indicate dovranno risultare da idonea documentazione.

Quali sono le attività di assistenza per i permessi Legge 104?

Qualora a fruire del permesso sia il lavoratore che si prende cura del portatore di handicap, l'assistenza al disabile deve risultare effettiva. Le attività di assistenza possono anche non consistere nella sua cura in senso stretto: non è obbligatorio assistere il portatore di handicap per tutto il tempo "in presenza" ma l'assistenza si può sostanziare anche in attività che risultino comunque di aiuto al portatore di handicap, come portarlo al lavoro o a sbrigare commissioni di vita quotidiana e svolgere varie incombenze per suo conto durante l'orario lavorativo.

Non è possibile fruire delle assenze se il disabile è ricoverato a tempo pieno in ospedale, a meno che la struttura non richieda l'assistenza.

Per quante ore si deve assistere il disabile nelle giornate di permesso Legge 104?

Come chiarito dalla Cassazione con ordinanza 23434/2020, le attività svolte per la cura e l'assistenza del portatore di handicap, o per conto del disabile, non devono necessariamente durare per l'intera giornata, ma devono durare almeno per un lasso di tempo che copra l'orario lavorativo. Non c'è abuso nella fruizione dei permessi se il dipendente dedica all'accudimento della persona un numero di ore superiore a quelle previste nell'orario di lavoro giornaliero.

Diritto ai permessi per disabile con assistenza sanitaria continuativa

Non ha diritto ai permessi il lavoratore al cui familiare disabile sia offerta assistenza sanitaria continuativa. In questo caso la situazione viene equiparata a quella del disabile ricoverato in un ospedale, in una clinica o in una struttura sanitaria specializzata, quindi i permessi non

spettano. Fanno eccezione eventuali richieste di accompagnamento del disabile al di fuori della struttura per terapie, visite ed esami, o ricovero del disabile in situazione di gravità, in stato vegetativo persistente o con prognosi infausta a breve termine.

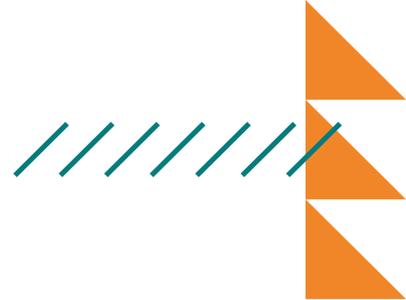
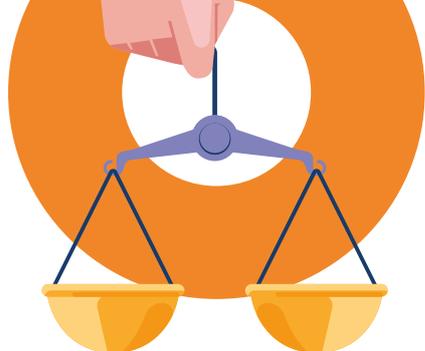
Diritto ai permessi Legge 104 se il disabile è assistito da badanti?

Il lavoratore che si prende cura del portatore di handicap grave può essere nominato referente unico per l'assistenza del disabile e può dunque chiedere i permessi Legge 104, anche se:

- nel nucleo familiare del disabile vi sono familiari conviventi non lavoratori idonei a prestare assistenza;
- sono presenti altre forme di assistenza pubblica o privata, come assistenti familiari-badanti.

Quello che conta è che il lavoratore caregiver assicuri un'assistenza sistematica e adeguata.





CAPITOLO 5

PENSIONI E APE SOCIALE

5.1 PENSIONE ANTICIPATA PER I LAVORATORI CON INVALIDITÀ

LA PENSIONE ANTICIPATA PER I LAVORATORI CON UN'INVALIDITÀ NON INFERIORE ALL'80%

Il Decreto Legislativo n. 503 del 30 dicembre 1992 (articolo 1, comma 8) dispone la possibilità per i lavoratori, iscritti all'assicurazione generale obbligatoria, con **invalidità non inferiore all'80%** (l'invalidità da considerare è quella civile, come definita dal decreto del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992), di **anticipare l'età pensionabile a 55 anni per le donne e a 60 anni per gli uomini**, purché in possesso di almeno 20 anni di contributi.

Dal 2013 detti requisiti rispondono al meccanismo di adeguamento alla speranza di vita, meccanismo che consente di modificare periodicamente la soglia dell'età pensionabile, in modo tale da mantenere sempre su livelli di adeguatezza il rapporto tra la fase della vita da dedicare all'attività lavorativa e quella in cui si gode del trattamento pensionistico. Tale adeguamento fa sì che, **ad oggi**, la soglia d'età per accedere al pensionamento anticipato sia di **61 anni per gli uomini e 56 anni per le donne**, sempre con un minimo di 20 anni di contributi.

Per i **non vedenti**, i requisiti di età sono pari, rispettivamente, a **56 anni** per gli uomini ed a **51 anni** per le donne.

Come riaffermato, più recentemente, dalla Corte di Cassazione con l'ordinanza n. 2333 del 2021, le pensioni di vecchiaia anticipata per invalidità devono essere incluse nel meccanismo delle finestre mobili previsto dall'articolo 12 del Decreto Legge numero 78/2010.

LA PENSIONE ANTICIPATA PER I LAVORATORI CON UN'INVALIDITÀ SUPERIORE AL 74%

In base alla Legge n. 388 del 23 dicembre del 2000 (articolo 80, comma 3), i lavoratori sordomuti e gli invalidi per qualsiasi causa (ai quali sia stata riconosciuta un'invalidità superiore al 74% o assimilabile) possono richiedere, per ogni anno di lavoro svolto presso le pubbliche amministrazioni o aziende private oppure cooperative, il beneficio di due mesi di contribuzione figurativa, fino a un massimo di cinque anni. In sostanza, il **lavoratore invalido o sordomuto** che decide di usufruire di tale beneficio, **può andare in pensione con cinque anni di anticipo**, presentando apposita richiesta all'INPS.

L'applicazione dei contributi figurativi è ammissibile solo relativamente agli anni in cui il richiedente ha lavorato in quanto invalido civile con una percentuale di invalidità riconosciuta superiore al 74% o in quanto sordomuto (a riguardo e per ulteriori precisazioni si rimanda alla [Circolare INPS n. 92 del 16 maggio 2002](#)).



Tale principio è condiviso anche dall'Inpdap (ora diventato INPS Gestione Dipendenti Pubblici) che, in merito sempre all'applicazione dei contributi figurativi, ha precisato che il calcolo dei due mesi di contributi deve iniziare dal momento in cui è stata riconosciuta l'invalidità al lavoratore richiedente il beneficio e non quindi dall'inizio della carriera lavorativa (a riguardo e per ulteriori precisazioni si rimanda alla [Circolare Inpdap n. 36 dell'8 luglio del 2003](#)).

5.2 APE SOCIALE

L'**Anticipo Pensionistico Sociale** – meglio conosciuto come APE Sociale – è un sussidio economico introdotto dai commi 179-186 dell'art. 1 della Legge 232/2016 (Legge di Bilancio 2017) che accompagna al raggiungimento della pensione di vecchiaia. L'APE Sociale prevede un'**indennità a carico dello Stato erogata dall'INPS e corrisposta, a domanda, fino al raggiungimento dell'età prevista per la pensione di vecchiaia**, ovvero fino al conseguimento della pensione anticipata o di un trattamento conseguito anticipatamente rispetto all'età per la vecchiaia di cui all'articolo 24, comma 6, del Decreto Legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito dalla Legge 22 dicembre 2011, n. 214 (cosiddetta Legge Monti-Fornero).

La **misura** è stata **introdotta, in via sperimentale, per il periodo dal 1° maggio 2017 al 31 dicembre 2019**, per poi essere rifinanziata dalla Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 e dalla Legge n. 160 del 27 dicembre 2019. E ancora, il comma 339 dell'Art. 1 della Legge n. 178 del 30 dicembre 2020 ([Legge di Bilancio 2021](#)) ha incrementato l'autorizzazione di spesa per la sperimentazione del beneficio, consentendo la proroga per tutto il 2021. Infine, il comma 91 dell'art. 1 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021 ([Legge di Bilancio 2022](#)) ha incrementato l'autorizzazione di spesa per questa misura di 141,4 milioni di euro per l'anno 2022, consentendo la proroga anche a tutto il 2022.

La **Legge di Bilancio 2023** (L. n. 197/2022) ha previsto l'**estensione al 31 dicembre 2023** per poter accedere al trattamento erogato dall'INPS (sino al raggiungimento dell'età pensionabile) per i soggetti in specifiche condizioni che abbiano **almeno 63 anni d'età** e non siano già titolari di pensione diretta. L'indennità è concessa a lavoratori che svolgono mansioni gravose, invalidi civili al 74%, lavoratori dipendenti in stato di disoccupazione che abbiano esaurito il trattamento di NASpl (o equivalente) e i cosiddetti caregiver.

La **Legge di Bilancio 2024** ha confermato la misura anche per il nuovo anno ma ha previsto anche una stretta sui requisiti di accesso, con l'età anagrafica minima che sale a 63 anni e cinque mesi.

Il trattamento nel 2024 spetterà, fino alla maturazione dei requisiti per la pensione di vecchiaia o anticipata, a tutti i soggetti in specifiche condizioni con almeno 63 anni e cinque mesi d'età e 30 di contributi e che non siano già titolari di pensioni dirette. Si tratta dei lavoratori che svolgono mansioni gravose, degli invalidi civili al 74%, dei caregiver e dei dipendenti disoccupati che hanno esaurito il relativo trattamento.

CHI NE HA DIRITTO

Per ottenere l'indennità è necessario che i soggetti abbiano, al momento della domanda di accesso, i seguenti requisiti:

- almeno 63 anni e cinque mesi d'età;
- almeno 30 anni di anzianità contributiva; per i lavoratori che svolgono le attività

cosiddette gravose (elenco inserito più avanti) l'anzianità contributiva minima richiesta è di 36 anni. Ai fini del riconoscimento dell'indennità, i requisiti contributivi richiesti sono ridotti, per le donne, di 12 mesi per ogni figlio, nel limite massimo di due anni;

- non essere titolari di alcuna pensione diretta.

L'accesso al beneficio, inoltre, è subordinato alla cessazione di **attività di lavoro dipendente, autonomo e parasubordinato** svolta in Italia o all'estero.

Possono fare richiesta di APE Sociale tutti lavoratori dipendenti (del settore pubblico o privato), i lavoratori autonomi o i parasubordinati iscritti alla Gestione Separata INPS, i quali:

1. si trovano in stato di **disoccupazione** (licenziamento subito, concordato oppure per giusta causa) e che **hanno concluso integralmente la prestazione per la disoccupazione loro spettante da almeno 3 mesi**;
2. **assistono**, al momento della richiesta e da almeno 6 mesi, il **coniuge** o un **parente di primo grado convivente con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92**, oppure un parente o un affine di secondo grado convivente qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 70 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
3. hanno una **riduzione della capacità lavorativa**, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile, **superiore o uguale al 74%**;
4. sono lavoratori dipendenti, al momento della decorrenza dell'indennità, in possesso di almeno 36 anni di anzianità contributiva e che **abbiano svolto da almeno 7 anni negli ultimi 10** (oppure almeno 6 anni negli ultimi 7) una o più delle seguenti attività (cosiddette gravose):
 - operai dell'industria estrattiva, dell'edilizia e della manutenzione degli edifici;
 - conduttori di gru o di macchinari mobili per la perforazione nelle costruzioni;
 - conciatori di pelli e di pellicce;
 - conduttori di convogli ferroviari e personale viaggiante;
 - conduttori di mezzi pesanti e camion;
 - personale delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni;
 - addetti all'assistenza personale di persone in condizioni di non autosufficienza;
 - insegnanti della scuola dell'infanzia e educatori degli asili nido;
 - facchini, addetti allo spostamento merci e assimilati;
 - personale non qualificato addetto ai servizi di pulizia;
 - operatori ecologici e altri raccoglitori e separatori di rifiuti.

DECORRENZA E DURATA

L'indennità dell'APE Sociale decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda di accesso al beneficio laddove a tale data sussistano tutti i requisiti e le condizioni previste dalla legge, previa cessazione dell'attività lavorativa.

L'APE Sociale è corrisposto ogni mese per 12 mensilità nell'anno, fino all'età prevista per il conseguimento della pensione di vecchiaia, ovvero fino al conseguimento di un trattamento pensionistico diretto anticipato o conseguito anticipatamente rispetto all'età per la vecchiaia.

Al fine di valutare se le risorse finanziarie stanziare risultino sufficienti a copertura del beneficio rispetto al numero degli aventi diritto, si procede al monitoraggio. Il monitoraggio viene effettuato sulla base della maggiore prossimità al requisito anagrafico di vecchiaia e, a parità di requisito, sulla base della data di presentazione della domanda di riconoscimento delle condizioni.

QUANTO SPETTA

L'indennità, in caso di iscrizione ad un'unica gestione, è pari all'importo della rata mensile di pensione calcolata al momento dell'accesso alla prestazione (se inferiore a 1.500 euro) o pari a 1.500 euro (se la pensione è pari o maggiore di questo importo). L'importo dell'indennità non è rivalutato, né integrato al trattamento minimo.

Nel caso di soggetto con contribuzione versata o accreditata a qualsiasi titolo presso più gestioni, tra quelle interessate dall'APE Sociale, il calcolo della rata mensile di pensione è effettuato pro quota per ciascuna gestione in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione maturati, secondo le regole di calcolo previste da ciascun ordinamento e sulla base delle rispettive retribuzioni di riferimento.

Si ricorda inoltre che:

- Durante il godimento dell'indennità non spetta contribuzione figurativa.
- Il trattamento di APE Sociale cessa in caso di decesso del titolare e non è reversibile ai superstiti.
- Ai beneficiari non spettano gli Assegni per il Nucleo Familiare (ANF).

REQUISITI

Per ottenere l'indennità è necessario che i soggetti in possesso delle condizioni indicate dalla legge abbiano, al momento della domanda di accesso, i seguenti requisiti:

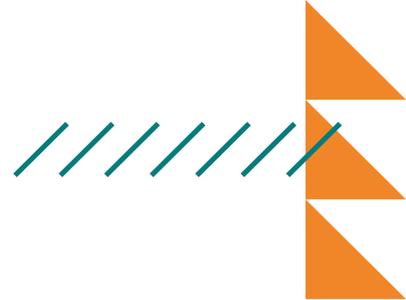
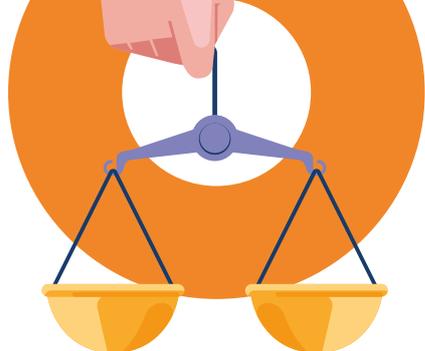
- almeno 63 anni e cinque mesi d'età;
- almeno 30 anni di anzianità contributiva; per i lavoratori che svolgono le attività cd. gravose l'anzianità contributiva minima richiesta è di 36 anni. Ai fini del riconoscimento dell'indennità, i requisiti contributivi richiesti sono ridotti, per le donne, di 12 mesi per ogni figlio, nel limite massimo di due anni.
- Per gli operai edili individuati con i codici ISTAT presenti nell'allegato 3, come indicati nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) per i dipendenti delle imprese edili ed affini, per i ceramisti (classificazione ISTAT 6.3.2.1.2) e per i conduttori di impianti per la formatura di articoli in ceramica e terracotta (classificazione ISTAT 7.1.3.3) il requisito dell'anzianità contributiva per l'accesso all'APE Sociale è ridotto ad almeno 32 anni;
- non essere titolari di alcuna pensione diretta.

TEMPI DI LAVORAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Il termine ordinario per l'emanazione dei provvedimenti è stabilito dalla Legge n. 241/1990 in 30 giorni. In alcuni casi la legge può fissare termini diversi.

L'elenco dei requisiti, le incompatibilità, gli importi e tutte le ulteriori informazioni sulla presentazione della domanda sono disponibili sul [sito INPS](#).

Chi matura i nuovi requisiti di accesso entro la scadenza del 31 dicembre 2024, dovrà presentare la domanda di riconoscimento delle condizioni di accesso al beneficio prima di inviare la richiesta.



CAPITOLO 6

AGEVOLAZIONI FISCALI PER PERSONE CON INVALIDITÀ CIVILE E LEGGE 104

Le persone con amiloidosi possono avere diritto ad alcune agevolazioni fiscali **in quanto titolari della Legge 104 o di una percentuale di invalidità civile**.

Riepiloghiamo di seguito le principali.

6.1 LE AGEVOLAZIONI PER IL SETTORE AUTO

Le agevolazioni per il settore auto possono essere riferite, a seconda dei casi, ai seguenti veicoli: autovetture, autoveicoli e motoveicoli per il trasporto promiscuo (destinati al trasporto di cose e persone con massimo 9 posti, 4 posti in caso di motoveicoli), autoveicoli e motoveicoli specifici, autocaravan e motocarrozette. Non è invece agevolabile l'acquisto di quadricicli leggeri che possono essere condotti senza patente.

IN COSA CONSISTONO

A seconda del tipo di invalidità e del livello di gravità è possibile avere diritto a:

- detrazione, una volta ogni quattro anni, IRPEF del 19% della spesa sostenuta per l'acquisto (su una spesa massima di 18.075,99 euro). La suddetta detrazione spetta anche per le spese di riparazione del mezzo nei 4 anni successivi all'acquisto, esclusa l'ordinaria manutenzione;
- IVA agevolata al 4% sull'acquisto di autovetture con cilindrata fino a 2.000 cc se a benzina, fino a 2.800 cc se diesel o ibrido e fino a 150 kW in caso di motore elettrico;¹⁶
- esenzione dal pagamento del bollo auto con gli stessi limiti di cilindrata previsti per l'agevolazione IVA;
- esenzione dell'imposta di trascrizione sui passaggi di proprietà, esclusi i veicoli di non vedenti e sordi.

SEMPLIFICAZIONE DELLA MODULISTICA DA GENNAIO 2022

Dal 29 gennaio 2022, data di entrata in vigore del decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 13 gennaio 2022, in sostituzione della fotocopia della patente di guida e del certificato attestante le ridotte o impedito capacità motorie, è possibile presentare copia semplice della patente posseduta, qualora contenga l'indicazione di adattamenti (anche di serie) per il veicolo agevolabile da condurre, prescritti dalle commissioni mediche locali indicate nell'art. 119, comma 4, del codice della strada (Decreto Legislativo n. 285/1992).

¹⁶ L'introduzione delle limitazioni di cilindrata anche per vetture elettriche (max 150 kW) è stata introdotta dall'aggiornamento della Guida AGE di agosto 2020, [cui Osservatorio Malattie Rare ha dedicato un focus](#).



Resta fermo l'obbligo di presentare l'atto notorio attestante che nel quadriennio anteriore alla data di acquisto del veicolo non è stato effettuato acquisto o importazione di veicolo con applicazione dell'aliquota agevolata.

CASO PARTICOLARE: IVA AL 4% CON CERTIFICAZIONE DOPO L'ACQUISTO

Attraverso la [risposta n. 69 del 1 febbraio 2021](#), l'Agenzia dell'Entrate è intervenuta con un chiarimento specifico relativo alla fattispecie di un contribuente che acquisti un veicolo con l'IVA al 22% e si trovi poi a rientrare tra le categorie aventi invece diritto all'IVA ridotta.

Sul punto la risposta dell'Agenzia delle Entrate è molto chiara: se il contribuente era già in possesso di certificazione dell'handicap al momento dell'acquisto e, per qualsiasi motivo, non ha provveduto a produrla per accedere allo sgravio fiscale, non potrà recuperare in maniera retroattiva l'agevolazione; viceversa, **se la documentazione necessaria a dimostrare il diritto all'IVA al 4% non era ancora disponibile al momento dell'acquisto, l'interessato potrà chiedere a posteriori al venditore del veicolo il "rimborso" della parte di IVA non dovuta**, purché lo faccia entro due anni dall'acquisto.

IVA AGEVOLATA PER IMPORTAZIONE E CESSIONE DI VEICOLI ADATTATI

Dal 18 gennaio 2022, per usufruire dell'IVA al 2% per le cessioni e le importazioni di veicoli adattati agli invalidi, è sufficiente presentare la seguente documentazione:

- fotocopia della patente speciale di guida contenente l'indicazione di adattamenti per il veicolo (anche di serie) prescritti dalle commissioni mediche locali;
- atto notorio attestante che nei 4 anni anteriori alla data di acquisto del veicolo non è stato effettuato acquisto o importazione di veicolo con applicazione dell'aliquota agevolata; nel caso di cancellazione nel predetto periodo dal Pubblico registro automobilistico (PRA), il certificato rilasciato dal PRA.

Non è quindi più necessario presentare il certificato rilasciato da una delle commissioni mediche provinciali attestante le ridotte o impedito capacità motorie, né copia del certificato rilasciato in occasione del conseguimento o della conferma di validità della patente di guida.¹⁷

CHI NE HA DIRITTO

Possano usufruire delle agevolazioni sopracitate persone:

1. non vedenti,
2. sorde,
3. con disabilità psichica o mentale titolari dell'indennità di accompagnamento,
4. con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni,
5. con ridotte o impedito capacità motorie.

Le persone elencate ai punti 3 e 4 sono quelle che hanno la certificazione di disabilità grave (articolo 3, comma 3 della Legge n. 104/1992), rilasciata con verbale dalla Commissione medica istituita ai sensi dell'articolo 4 della Legge n. 104/1992.

Per individuare il diritto alle agevolazioni fiscali e le condizioni per accedervi (adattamento veicoli obbligatorio o meno), precisa la Guida dell'Agenzia delle Entrate, **è strettamente necessario che dai verbali di invalidità e handicap risulti l'espresso riferimento alle fattispecie previste dal legislatore.**

¹⁷ Fonte - [Ministero per le Disabilità](#)

La tabella seguente riepiloga, nel dettaglio, tutti i benefici corrispondenti a ciascuna dicitura inserita all'interno del verbale.

REQUISITO MEDICO LEGALE	BENEFICIO	VERBALE
invalidità con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (Dpr n. 495/1922 - art. 381) non vedenti (art. 12 Dpr n. 503/1996)	contrassegno invalidi	invalidità civile / handicap/disabilità/ cecità/sordità
handicap con ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art. 8 Legge n. 449/1997)	benefici per veicoli con adattamento	handicap
handicap psichico o mentale di gravità tale da avere determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (art. 30, comma 7, Legge n. 388/2000)	benefici per veicoli con adattamento	invalidità civile
invalidità con grave limitazione della capacità di deambulazione o pluriamputazione (art. 30, comma 7, Legge 388/2000)	benefici per veicoli con adattamento	invalidità civile / handicap / disabilità
non vedenti (art. 50 della Legge 342/2000)	benefici per veicoli con adattamento	invalidità civile / handicap / disabilità / cecità
sordità (art. 50 della Legge 342/2000)	benefici per veicoli con adattamento	sordità

Se la persona con disabilità è fiscalmente a carico di un suo familiare (possiede cioè un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro, oppure non superiore a 4.000 euro, dal 1° gennaio 2019, per i figli di età non superiore ai 24 anni), può beneficiare delle agevolazioni lo stesso familiare che ha sostenuto la spesa nell'interesse della persona con disabilità. Per il raggiungimento dei limiti di reddito non vanno computati i redditi esenti come pensioni sociali, indennità e pensioni d'invalidità.

Attenzione però, in qualsiasi caso le agevolazioni sono riconosciute solo se i veicoli sono utilizzati, in via esclusiva o prevalente, a beneficio delle persone disabili.

6.2 LE DETRAZIONI PER I FIGLI A CARICO

Nella versione aggiornata della Guida AGE (ultima modifica: febbraio 2023) non sono più inserite le agevolazioni per i figli a carico. Questo perché, con l'entrata in vigore dell'assegno unico e universale, introdotto dall'art. 1 del D.Lgs 230/2021, le detrazioni fiscali per figli a carico di età inferiore a 21 anni, incluse le maggiorazioni per figli con disabilità, precedentemente in vigore sono state sostituite dal nuovo assegno.

Tutti i dettagli nell'approfondimento di Osservatorio Malattie Rare ["Agevolazioni fiscali per i disabili: via le detrazioni per i figli a carico, "assorbite" dall'Assegno Unico e Universale"](#).

6.3 LE SPESE SANITARIE E I MEZZI DI AUSILIO

Sono **interamente deducibili** dal reddito complessivo della persona con disabilità le **spese mediche generiche** (come tutte quelle per prestazioni di un medico generico o l'acquisto di medicinali) e le **spese di assistenza specifica**.

Rientrano in questa seconda categoria le spese sostenute per l'assistenza infermieristica e riabilitativa, le prestazioni fornite dal personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale e le prestazioni rese dal personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo, da quello con la qualifica di educatore professionale, dal personale qualificato addetto all'attività di animazione e di terapia occupazionale.

Come per tutti gli oneri e le spese che danno diritto a una detrazione d'imposta, anche per le spese sanitarie valgono alcune regole generali. Prima fra tutte, quella che prevede la detraibilità **solo delle spese espressamente indicate nell'art. 15 del TUIR** (Testo unico delle imposte sui redditi) o in altre disposizioni di legge.

Per avere diritto alla deduzione, il contribuente deve essere in possesso di un **documento di certificazione del corrispettivo**, rilasciato dal professionista sanitario, dal quale risulti la figura professionale che ha reso la prestazione e la descrizione della prestazione sanitaria resa.

Per determinate spese sanitarie, per esempio analisi, prestazioni chirurgiche e specialistiche e per l'acquisto di mezzi di ausilio è riconosciuta, invece, la **detrazione dall'IRPEF del 19%** per le spese eccedenti l'importo di 129,11 euro. Fanno eccezione, e sono quindi ammesse integralmente alla detrazione del 19%, alcune spese per: trasporto in ambulanza della persona con disabilità, trasporto della persona con disabilità effettuato da Onlus con rilascio di fattura, l'acquisto di poltrone per inabili e minorati non deambulanti e di apparecchi per il contenimento di fratture, ernie e per la correzione dei difetti della colonna vertebrale, l'acquisto di arti artificiali per la deambulazione, la costruzione di rampe per l'abbattimento delle barriere architettoniche, l'adattamento dell'ascensore per l'accoglimento di una carrozzella e l'installazione di servoscala casalinghi, l'acquisto di sussidi tecnici e informatici volti a facilitare l'autonomia, l'acquisto di componenti meccaniche, elettroniche o informatiche per cucine volte a migliorarne il controllo da parte dei disabili e i mezzi necessari all'accompagnamento, alla deambulazione e al sollevamento dei disabili.

La detrazione del 19% sull'intero costo sostenuto è prevista anche per le spese di interpretariato sostenute dai sordi, purché, ancora una volta, si possiedano le certificazioni discali rilasciate dai fornitori dei servizi stessi.

Alle agevolazioni fiscali sulle spese sanitarie l'Agenzia delle Entrate ha dedicato una guida specifica, pubblicata a ottobre 2023. Per conoscere in dettaglio il contenuto della Guida si rimanda all'[approfondimento di Osservatorio Malattie Rare](#).

6.4 LA DETRAZIONE PER GLI ADDETTI ALL'ASSISTENZA A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Sono detraibili dall'IRPEF, **sempre nella misura del 19%**, anche le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale nei casi di "non autosufficienza" (attestata da certificazione medica) della persona con disabilità nel compimento degli atti della vita quotidiana.

La detrazione deve essere calcolata su un ammontare di spesa non superiore a 2.100 euro e spetta solo quando il reddito complessivo del contribuente non è superiore a 40.000 euro, compreso quello derivante da fabbricati locati assoggettato al regime della cedolare secca.

La detrazione spetta anche per le spese sostenute per il familiare non autosufficiente (compreso tra quelli per i quali si possono fruire di detrazioni d'imposta), anche quando egli non è fiscalmente a carico.

La detrazione spetta anche se le prestazioni di assistenza sono rese da una casa di cura o di riposo (solo relativamente all'importo imputabile all'assistenza), da una cooperativa di servizi o da un'agenzia interinale, sempre a fronte di documentazione dettagliata sulle caratteristiche del servizio.

6.5 L'IVA RIDOTTA PER L'ACQUISTO DI AUSILI TECNICI E INFORMATICI

L'aliquota **agevolata al 4%**, già vista per il settore auto, si applica anche all'acquisto di mezzi necessari all'**accompagnamento**, alla **deambulazione** e al **sollevamento** dei disabili, come per esempio servoscala e altri mezzi simili, poltrone elettriche e interventi di abbattimento delle barriere architettoniche casalinghe.

L'agevolazione dell'IVA al 4% si aggiunge alla **detrazione IRPEF del 19%** anche per l'acquisto di **sussidi tecnici e informatici** rivolti a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione dei portatori di handicap come, per esempio, modem, fax, computer, telefoni, ecc.

6.6 LE ALTRE AGEVOLAZIONI PER I NON VEDENTI

Ai non vedenti spetta la **detrazione IRPEF del 19%** del totale delle spese sostenute per l'acquisto del **cane guida** (una volta ogni quattro anni) e una detrazione forfettaria per il mantenimento del cane stesso di 1.000 euro, senza necessità di attestazioni della spesa sostenuta. Dall'anno d'imposta 2020 (dichiarazione dei redditi 2021) la fruizione di questa detrazione varia in base all'importo del reddito complessivo. In particolare essa spetta per intero ai titolari di reddito complessivo fino a 120.000 euro. In caso di superamento del predetto limite, il credito decresce fino ad azzerarsi al raggiungimento di un reddito complessivo pari a 240.000 euro.

Viene, inoltre, applicata l'IVA agevolata al 4% sull'acquisto di particolari prodotti editoriali destinati all'utilizzo da parte di non vedenti o ipovedenti.

Il [Decreto 7 aprile 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze](#) è intervenuto sulle modalità per ottenere l'IVA ribassata per gli ausili tecnici informatici cambiando le regole. Tutti i dettagli nell'articolo dedicato [Agevolazioni fiscali per disabili: cambia la procedura per l'IVA al 4% per i sussidi informatici](#).

6.7 L'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Stante la normativa nazionale principale, che disciplina l'abbattimento delle barriere architettoniche¹⁸, con il Decreto Legge n. 212 del 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30 dicembre 2023, il Consiglio dei Ministri ha introdotto alcune novità sul provvedimento concernente le agevolazioni previste per la riqualificazione edilizia, cosiddetto **bonus 110%**, e per l'eliminazione delle barriere architettoniche, cosiddetto **bonus 75%**, che si applicano a partire già da inizio 2024.

Il DL n 212/2023 con l'art 3 in sintesi prevede che:

- con riguardo alle spese sostenute a decorrere dall'entrata in vigore del DL, l'agevolazione si restringe ai soli interventi aventi per oggetto "scale, rampe, ascensori, servo-scala e piattaforme elevatrici",
- sono escluse dall'ambito di applicazione le spese per interventi di eliminazione di barriere architettoniche aventi per oggetto infissi, pavimenti, servizi igienici, nonché gli interventi di automazione degli impianti di cui all'abrogato comma 3 dell'art. 119-ter.
- il rispetto dei requisiti tecnici di eliminazione delle barriere architettoniche, previsti dal DM 236/89, "deve risultare da apposita asseverazione rilasciata dai tecnici abilitati"
- il pagamento delle spese agevolate deve avvenire "con le modalità di pagamento previste per le spese di cui all'articolo 16-bis" del TUIR.

6.8 LA DETRAZIONE PER INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA

Per gli interventi di ristrutturazione edilizia sugli immobili i contribuenti possono usufruire di una detrazione IRPEF pari al:

- 50%, da calcolare su un importo massimo di 96.000 euro, se la spesa è sostenuta nel periodo compreso tra il 26 giugno 2012 e il 31 dicembre 2024;
- 36%, da calcolare su un importo massimo di 48.000 euro, per le spese effettuate dal 1° gennaio 2025.

Rientrano nella categoria degli interventi agevolati quelli effettuati per l'eliminazione delle barriere architettoniche (per esempio: realizzazione di un elevatore esterno all'abitazione, sostituzione di gradini con rampe) e i lavori eseguiti per la realizzazione di strumenti che, attraverso la comunicazione, la robotica e ogni altro mezzo tecnologico, siano idonei a favorire la mobilità interna ed esterna delle persone con disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992.

La detrazione non si applica, invece, per il semplice acquisto di strumenti o beni mobili, anche se diretti a favorire la comunicazione e la mobilità della persona con disabilità. Per esempio, non rientrano nell'agevolazione l'acquisto di telefoni a viva voce, schermi a tocco, computer o tastiere espanse. Per questi beni, comunque, è già prevista la detrazione IRPEF del 19%, in quanto rientranti nella categoria dei sussidi tecnici e informatici.

¹⁸ L'articolo 119-ter del Decreto Legge 34 del 2020 in materia di detrazione per gli interventi finalizzati al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche stabilisce che, ai fini della determinazione delle imposte sui redditi, ai contribuenti è riconosciuta una detrazione dall'imposta lorda, fino a concorrenza del suo ammontare, per le spese documentate sostenute dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2022 per la realizzazione di interventi direttamente finalizzati al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti. La Legge di Bilancio 2023 ha prorogato al 31 dicembre 2025 l'agevolazione descritta.

6.9 LA DETRAZIONE PER LE POLIZZE ASSICURATIVE

In generale, spiega la Guida, sono detraibili dall'IRPEF, nella misura del 19%, le spese sostenute per le **polizze assicurative che prevedono il rischio di morte o di invalidità permanente** non inferiore al 5%, da qualsiasi causa derivante, o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se l'impresa di assicurazione non ha la possibilità di recedere dal contratto.

L'importo complessivamente detraibile è pari a:

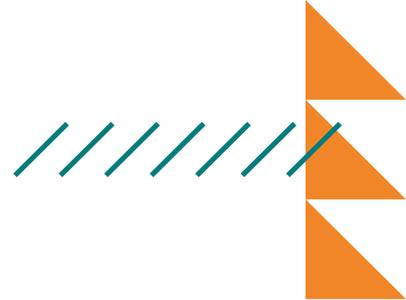
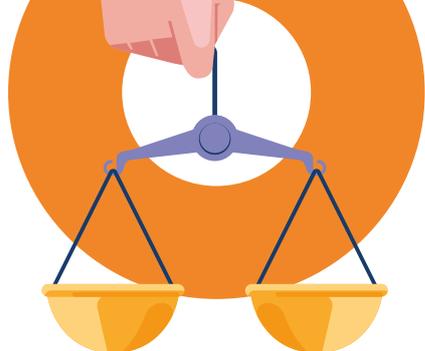
- 530 euro per le assicurazioni che prevedono il rischio di morte o di invalidità permanente;
- 750 euro per le polizze assicurative a tutela delle persone con disabilità grave che coprono il rischio di morte;
- 1.291,14 euro per quelle che coprono il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

6.10 L'IMPOSTA AGEVOLATA SU SUCCESSIONI E DONAZIONI

In termini di determinazione dell'imposta da versare in caso di eredità o donazioni, la normativa tributaria riconosce un trattamento agevolato quando a beneficiare del trasferimento è una persona portatrice di handicap grave, riconosciuto tale ai sensi della Legge 104/92. In questi casi, infatti, è previsto che l'imposta dovuta dall'erede, o dal beneficiario della donazione, si applichi solo sulla parte della quota ereditata (o donata) che supera l'importo di 1.500.000 euro.

Per ulteriori dettagli e specifiche si invita alla lettura della "Guida alle agevolazioni fiscali per persone con disabilità" dell'Agenzia delle Entrate, aggiornata a febbraio 2023, scaricabile gratuitamente a [questo link](#).





CAPITOLO 7

DOMANDE FREQUENTI

1. Ho diritto al contrassegno per il parcheggio disabili?

Il **contrassegno disabili** è un tagliando con il simbolo grafico della disabilità che permette alle **persone con problemi di deambulazione e ai non vedenti** di usufruire di facilitazioni nella **circolazione** e nella **sosta** dei veicoli al loro servizio, anche in zone vietate alla generalità dei veicoli. Si tratta di una speciale autorizzazione che, previo accertamento medico, viene rilasciata dal proprio Comune di residenza, più esattamente dal sindaco (art.188 del Codice della Strada, CdS, e art. 381 del Regolamento di esecuzione del CdS).

Formalmente è un atto amministrativo autorizzatorio che rimane di proprietà comunale anche se affidato alla detenzione temporanea della persona fisica indicata. Il contrassegno ha la **durata di cinque anni**, anche se la disabilità è permanente. Quando i cinque anni sono scaduti, può essere **rinnovato**.

La persona con amiloidosi può avere diritto al contrassegno **se viene accertata la sua effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. È dunque necessaria una specifica certificazione erogata dalla Commissione di invalidità e medicina legale.** Tuttavia dal 2012 una specifica normativa ha attribuito alla Commissione medica di accertamento (dell'invalidità o dell'handicap) il compito di annotare nei verbali anche la sussistenza della condizione richiesta dal Regolamento di attuazione del Codice della Strada.

Conseguentemente i verbali più recenti, qualora ricorrano le condizioni sanitarie previste dal Regolamento del Codice della Strada, riportano l'annotazione: **"persona con effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381, D.P.R. 495/1992)".**

In questo caso la persona con amiloidosi ha diritto al contrassegno.

Per ulteriori informazioni vi invitiamo a consultare il [sito ACI](#).

2. Con l'amiloidosi cambia qualcosa per il rinnovo della patente?

Con [Decreto Ministeriale](#) del 26 gennaio 2018 l'Italia ha recepito la normativa Europea 2016/116: vengono così regolati i requisiti psicofisici che limitano o impediscono il conseguimento o il rinnovo della patente di guida.

Il primo allegato si occupa di stabilire quali siano i passaggi che un paziente cardiopatico deve effettuare per ottenere il rinnovo della patente.

Ciò significa che per i pazienti con cardiomiopatia amiloide il rinnovo della patente non è automatico.



La normativa è piuttosto complessa. Nel tentativo di semplificare è possibile sintetizzare come di seguito:

1. Chi è affetto dalle patologie cardiovascolari elencate nel [gruppo B2](#), per poter ottenere l'idoneità alla guida deve ottenere l'attestazione di un sanitario (fra quelli indicati nell'articolo 119 del Codice della strada) oppure della commissione medica locale sulla base di una certificazione di un medico specializzato in cardiologia, appartenente a una struttura pubblica.
2. La Commissione Medica locale potrà confermare la validità della patente di guida per un periodo inferiore a quello normalmente previsto.
3. Per tutte le altre patologie cardiovascolari indicate nei [gruppi B3 e B4](#), il rilascio o la conferma di validità della patente è invece consentito solo in casi eccezionali per cui, in genere, a chi è affetto dalle patologie indicate nei gruppi B3 e B4 la patente non viene né rilasciata né confermata.

La cardiomiopatia amiloide non è esplicitata in nessuno dei due gruppi, ma l'insufficienza cardiaca, di diverse classi, è esplicitata. Si consiglia pertanto di fare riferimento al proprio specialista di struttura pubblica, per avere maggiori delucidazioni sulla vostra capacità di guida in base al vostro effettivo stato di salute.

Di seguito riportiamo alcune indicazioni utili per coloro che hanno necessità di effettuare l'accertamento dei requisiti fisici e psichici presso le Commissioni mediche locali.

LE COMMISSIONI MEDICHE LOCALI

Le Commissioni mediche locali sono strutture costituite presso le unità sanitarie di ogni capoluogo di provincia. Hanno il compito di accertare i requisiti psico-fisici in caso di revisione della patente di guida oppure in occasione del rinnovo, del conseguimento o dell'estensione ad altre categorie richiesto da persone con situazioni cliniche o di età che possano far sorgere dei dubbi circa l'idoneità e la sicurezza della guida.

Le minorazioni e mutilazioni fisiche oggetto di valutazione da parte della Commissione medica locale, nei casi dubbi e quando espressamente previsto dal Regolamento di esecuzione del Codice della Strada (art. 321 e ss.), sono le seguenti:

- efficienza degli arti,
- amputazioni,
- minorazioni anatomiche o funzionali a carico degli arti o della colonna vertebrale;
- anchilosi invalidanti,
- malattie dell'apparato visivo,
- diminuzione della vista,
- diminuzione dell'udito,
- anomalie della conformazione e/o dello sviluppo somatico.

La Commissione Medica ha inoltre la funzione di definire i fini della validità/durata limitata nel tempo della patente, in relazione alla gravità della patologia accertata.

In ogni provincia vi è almeno una Commissione preposta; in alcune grandi città, le commissioni sono più d'una, suddivise nelle maggiori Aziende Sanitarie. Le modalità di accesso variano da provincia a provincia, **consultate la vostra ASL**.

La Commissione medica locale è presieduta dal Responsabile della medicina legale della ASL in cui è situata; è composta da altri due medici e integrata (nel caso delle patenti speciali) da un medico dei servizi territoriali della riabilitazione e da un ingegnere della

M.C.T.C.. La Commissione può avvalersi di esperti della patologia (art 330 del Regolamento del CdS).

La visita può essere richiesta anche presso una Commissione diversa da quella di residenza, tuttavia, è discrezione della stessa accettare una tale richiesta di accertamento.

Nel corso della visita potrà essere esibita ulteriore documentazione clinica (preferibilmente rilasciata da un centro di riferimento di struttura pubblica) in possesso della persona con disabilità, la quale può farsi assistere, a proprie spese, da un medico di fiducia.

ATTENZIONE:

- I tempi di attesa possono essere molto lunghi, è bene presentare la domanda **ALMENO 6 MESI PRIMA DELLA SCADENZA**, per poter garantire la continuità della validità della patente.
- **È sempre l'Ufficio Patenti locali a indicare quali visite ed esami devono essere eseguiti, quindi l'Ufficio preposto va contattato PER TEMPO.**
- Esami e certificati devono essere eseguiti con la tempistica prevista. Normalmente le certificazioni sono valide per 90 giorni quindi è bene fare attenzione alle scadenze.
- I costi degli accertamenti sono sempre a carico dell'interessato.
- I certificati saranno trattenuti dalla Commissione medica, la quale non rilascia fotocopie.

NOTA: Dichiarare la propria patologia in sede di rinnovo o dopo la diagnosi è un obbligo. Il rischio più grande per chi guida senza averlo dichiarato è relativo agli adempimenti assicurativi, in caso di risarcimento danni causati dalla guida di portatore di patologia. In casi estremi è possibile anche la citazione in giudizio.

PATENTE SPECIALE E VEICOLI ADATTATI

La patente speciale è una particolare patente destinata a quei soggetti che necessitano di specifici adattamenti al veicolo oppure particolari protesi a causa di minorazioni, patologie o handicap fisici.

Per le patenti speciali e l'adattamento dei veicoli si prega di consultare il [sito ACI](#).

3. Ho l'amiloidosi, posso curarmi all'estero?

Ogni cittadino europeo, assistito dal Servizio Sanitario di un Paese, può ricevere cure in tutti gli altri Paesi dell'Unione europea.

Le cure sono a carico delle istituzioni sanitarie competenti del tuo Stato. La copertura dei costi relativi alle cure mediche in un altro Stato dell'UE può essere erogata attraverso:

- **assistenza diretta:** il Servizio Sanitario del tuo Paese paga direttamente al Servizio Sanitario del Paese di cura;
- **assistenza indiretta:** anticipi le spese alle strutture sanitarie o ai professionisti, pubblici, privati o privati convenzionati del Paese estero di cura e successivamente chiedi il rimborso alla tua ASL di competenza.

I principi generali previsti dai due strumenti normativi possono trovare specifiche modalità di applicazione nei singoli Stati dell'UE e possono affiancarsi a ulteriori norme nazionali in materia.

Assistenza diretta: i Regolamenti

Puoi ricevere cure in un altro Paese dell'UE, SEE e Svizzera alle stesse condizioni degli assistiti dal Servizio Sanitario del Paese di cura, grazie all'assistenza diretta.

Il tuo Servizio sanitario paga direttamente le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie o dai professionisti, pubblici o privati convenzionati (assistenza diretta). Non riceverai il rimborso per il ticket.

Questo servizio non si applica alle prestazioni fornite da strutture sanitarie o da professionisti privati non convenzionati (o al di fuori delle convenzioni).

Se ti trovi temporaneamente in un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista del soggiorno, hai accesso diretto alle cure necessarie presentando la Tessera Europea di Assicurazione Malattia - TEAM o il suo certificato sostitutivo.

Non è consentito utilizzare la TEAM o il suo certificato sostitutivo per ottenere la copertura dei costi al di fuori di cure necessarie. Nel caso di cure programmate, cioè per le cure definite nell'ambito di una precisa terapia, quindi prescritte anticipatamente, devi richiedere un'autorizzazione preventiva alla tua istituzione competente.

L'autorizzazione è subordinata a due condizioni:

- le cure sono adeguate e finalizzate a garantire la tutela della salute dell'interessato;
- le cure rientrano tra le prestazioni sanitarie erogabili dal Servizio sanitario di appartenenza ma non possono essere praticate nel proprio Paese entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dello stato di salute e della probabile evoluzione della malattia.

L'autorizzazione è concessa mediante il rilascio di un attestato (modello S2) che deve essere presentato alle istituzioni Sanitarie di riferimento o alle strutture sanitarie oppure ai professionisti, pubblici o privati convenzionati, del Paese di cura.

Possono essere autorizzate anche le spese di viaggio e in alcuni casi di accompagnamento.

Assistenza indiretta: la Direttiva

Puoi ricevere cure sanitarie negli altri Paesi dell'UE, in Islanda, Norvegia e Liechtenstein anticipando la spesa e poi chiedendo il rimborso al tuo Stato di appartenenza, alle condizioni di seguito descritte:

- anticipi i costi dell'assistenza sanitaria, autorizzata nei casi previsti, e successivamente richiedi il rimborso al Servizio Sanitario di appartenenza;
- il rimborso per le prestazioni sanitarie è pari al costo che il Servizio Sanitario di appartenenza avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nello Stato di appartenenza, senza superare il costo totale della cura. Gli Stati possono comunque decidere autonomamente di rimborsare l'intero costo della cura, anche se superiore ai costi che avrebbe sostenuto il Servizio Sanitario di appartenenza erogando la prestazione sul proprio territorio.

Le cure rimborsabili sono quelle erogate dal Servizio Sanitario di appartenenza, con esclusione:

- delle prestazioni sanitarie di lunga durata (il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine);

- dell'assegnazione e dell'accesso agli organi ai fini dei trapianti;
- dei programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose.

Per motivi imperativi di interesse generale, gli Stati possono limitare l'accesso alle cure sul proprio territorio ai pazienti in ingresso, e limitare l'applicazione delle norme sul rimborso ai pazienti in uscita.

Gli Stati possono inoltre introdurre un'autorizzazione preventiva alle cure transfrontaliere quando la prestazione:

- comporta il ricovero del paziente per almeno una notte o richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o apparecchiature mediche altamente specializzate e costose;
- richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione;
- è erogata da strutture sanitarie pubbliche/private o private convenzionate e professionisti sanitari che, nel caso specifico, potrebbero suscitare gravi e specifiche preoccupazioni rispetto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza.

I cittadini italiani e dell'UE iscritti al Servizio Sanitario italiano che intendono avvalersi dell'assistenza sanitaria indiretta sono tenuti a richiedere l'autorizzazione preventiva limitatamente alle prestazioni previste dal [D.M. 50 del 16 aprile 2018](#).

Se chiedi l'autorizzazione per andare a curarti con l'assistenza indiretta (Direttiva) e ci sono i presupposti per usufruire dell'assistenza diretta (Regolamenti), l'autorizzazione ti verrà concessa per quest'ultimi. Ricordati che comunque puoi richiedere espressamente di avvalerti della direttiva.

Per tutte le altre informazioni, i dettagli e i riferimenti normativi si prega di consultare il sito del Ministero della Salute a [questo link](#).

4. Sono affetto da amiloidosi, ho diritto all'invalidità civile?

La diagnosi di amiloidosi non implica in automatico il riconoscimento dell'invalidità civile, che può essere riconosciuta sulla base della mancata capacità lavorativa e dell'impossibilità di svolgere compiti e funzioni proprie per l'età della persona richiedente. Per maggiori informazioni si rimanda al capitolo 2 della presente guida.

5. Sono affetto da amiloidosi, ho diritto alla Legge 104?

La diagnosi di amiloidosi non implica in automatico il riconoscimento dello stato di handicap, che può essere riconosciuta sulla base di alcuni requisiti stabiliti per legge. Per maggiori informazioni si rimanda al capitolo 3.

6. Sono affetto da amiloidosi, ho diritto all'esenzione dal ticket?

Sì, la normativa vigente prevede che le persone affette da amiloidosi abbiano diritto all'ottenimento del codice di esenzione RCG130 ("Amiloidosi sistemiche"), valido per tutte le prestazioni appropriate ed efficaci per il trattamento e il monitoraggio della malattia rara accertata e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti e per le prestazioni finalizzate

alla diagnosi, eseguite presso i Presidi della Rete nazionale sulla base di un sospetto diagnostico formulato da uno specialista del SSN.

Per ulteriori informazioni sull'ottenimento del codice di esenzione e le prestazioni correlate si consiglia la consultazione del capitolo 1.

7. Le persone con amiloidosi hanno diritto ad agevolazioni fiscali particolari?

Le persone con amiloidosi hanno diritto ad alcune agevolazioni fiscali **SE titolari della Legge 104 o di una percentuale di invalidità civile**. Parliamo principalmente della possibilità di:

- Detrazioni dei contributi previdenziali e assistenziali, nella misura del 19%, che sono stati versati per babysitter e badanti per servizi domestici e assistenza personale e familiare.
- Deduzione delle spese sostenute per prestazioni mediche generiche e per l'assistenza fisica prestata da parte di personale specialistico (anche fisioterapisti), sia persone con handicap che i familiari che li abbiamo a carico fiscalmente.
- IVA agevolata sull'acquisto di autovetture (con specifiche caratteristiche) e di esenzione del bollo auto, se in presenza di Legge 104 articolo 3 comma 3 con specifico riferimento alla "ridotta o impedita capacità motoria" e quindi relativamente ad autoveicoli adattati in modo stabile al trasporto di persone con disabilità o adattati alla guida secondo le prescrizioni della Commissione preposta.
- **Detrazione**, una volta ogni quattro anni, **IRPEF del 19%** sulla spesa sostenuta per l'acquisto dell'auto (su una spesa massima di 18.075,99 euro).
- **Detrazioni di diversa natura** sugli interventi per eliminare le barriere architettoniche
- **Applicazione di IVA agevolata e detrazioni per acquisto sussidi tecnici informativi** se associati a specifica prescrizione.
- **Applicazione IVA agevolata sull'acquisto di ausili medici** (ove non prevista erogazione gratuita).

Tutte le informazioni sulle agevolazioni fiscali sono aggiornati annualmente dall'Agenzia delle Entrate, che pubblica regolarmente la propria [Guida alle agevolazioni fiscali per persone con disabilità](#), il cui ultimo aggiornamento risale a febbraio 2023.

Per ulteriori informazioni vi invitiamo a consultare il capitolo 6 di questa Guida.

8. Quali sono i centri di riferimento per l'amiloidosi?

È possibile trovare informazioni utili sui centri per le amiloidosi sistemiche qui: amiloidosi.it.

9. Dove posso trovare informazioni aggiornate sulle terapie per l'amiloidosi?

Osservatorio Malattie Rare ha dedicato una sezione del suo portale all'amiloidosi: consulta regolarmente il portale a [questo link](#).



LE ASSOCIAZIONI CHE HANNO PATROCINATO LA GUIDA



Il CONACUORE è il Coordinamento nazionale delle associazioni di volontariato dei cardiopatici, presenti in Italia.

Le principali iniziative di CONACUORE sono rivolte alla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari (in alleanza con le Associazioni dei cardiologi, con le Fondazioni che promuovono la ricerca e con le Istituzioni pubbliche); alla lotta alla morte improvvisa (seguendo l'iter delle leggi relative, segnalando le associazioni che organizzano corsi di rianimazione e la distribuzione dei defibrillatori); a favorire l'aggiornamento di infermieri.

Per ulteriori informazioni e contatti: www.conacuore.it





Fondazione italiana per il cuore

Associazione senza scopo di lucro
Riconoscimento giuridico n. 14.12.649

L'Associazione Fondazione italiana per il cuore (FIPC) nasce nel 1990 per volere dell'illustre scienziato Rodolfo Paoletti, ed è stata fondata dalla Fondazione Giovanni Lorenzini – Medical Science Foundation sulla spinta dell'enorme successo della prima campagna educativa per la riduzione del colesterolo, svoltasi negli anni '80 e successivamente di quella sui trigliceridi come fattore di rischio. L'Associazione FIPC è un ente senza scopo di lucro giuridicamente riconosciuto (nr. 14.12.649, 2/4/2004), che opera su più fronti, con particolare attenzione per le malattie cardiovascolari e la loro prevenzione.

È membro effettivo per l'Italia della World Heart Federation di Ginevra, ed è membro attivo dello European Heart Network con sede a Bruxelles. Interagendo con Società Scientifiche nazionali ed internazionali svolge attività di diffusione dell'aggiornamento scientifico relativo alle malattie cardiovascolari e facilita l'interazione tra il mondo medico-scientifico, le istituzioni, le autorità ed il pubblico.

Per ulteriori informazioni e contatti: www.fondazionecuore.it



L'associazione nasce dall'impulso di Andrea Vaccari che, insieme a un piccolo gruppo di persone, costituisce la fAMY Onlus con l'obiettivo condiviso di diventare un punto di riferimento per i pazienti e i propri familiari.

L'associazione Italiana Amiloidosi Familiare fAMY Onlus è stata costituita il 25 gennaio 2013. L'Associazione Italiana Amiloidosi Familiare fAMY Onlus non è a scopo di lucro ed è finalizzata a promuovere iniziative di ricerca e solidarietà sociale per soggetti affetti da amiloidosi familiare. Inoltre, intende:

- tutelare i diritti dei malati affetti da amiloidosi familiare;
- informare la pubblica opinione sull'esistenza e la natura dell'amiloidosi;
- promuovere l'utilizzo di farmaci in grado di combattere l'amiloidosi;
- essere un punto di riferimento per i pazienti e i loro familiari.

Per ulteriori informazioni e contatti: www.famy.it.



**Questa pubblicazione è realizzata
grazie al contributo non condizionante di:**



SPORTELLO LEGALE



DALLAPARTEDEIRARI

O.Ma.R. - Osservatorio Malattie Rare rappresenta la prima e unica agenzia giornalistica, in Italia e in Europa, interamente dedicata alle malattie rare e ai tumori rari. Da più di un decennio, l'intuizione editoriale della giornalista Ilaria Ciancaleoni Bartoli è diventata la più affidabile fonte di informazione sul tema della rarità in sanità. La testata giornalistica è consultabile gratuitamente online dal sito www.osservatoriomalattierare.it e si rivolge a tutti gli stakeholder del settore. La mission dell'Osservatorio è produrre e far circolare una informazione facilmente comprensibile, ma scientificamente corretta, su tematiche ancora poco note, mettendo le proprie competenze a disposizione degli altri media, dei pazienti e di tutti gli stakeholder del settore. La correttezza scientifica è assicurata da un accurato vaglio delle fonti e dal controllo di un comitato scientifico composto dai maggiori esperti del settore.