

**Corte Europea dei Diritti dell'Uomo presso il Consiglio d'Europa, F-67075 –  
Strasbourg Cedex, France**

**CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO**

Consiglio d'Europa

Strasburgo – Francia

**RICORSO**

Presentato in applicazione dell'art. 34 della Convenzione europea dei Diritti dell'Uomo e  
degli articolo 45 e 47 del Regolamento della Corte

**1. LE PARTI:**

**A. IL RICORRENTE/LA RICORRENTE**

1. Cognome \_\_\_\_\_ 2. Nome \_\_\_\_\_

2. Sesso \_\_\_\_\_

3. Nazionalità \_\_\_\_\_
4. Professione \_\_\_\_\_
5. Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_
6. Domicilio \_\_\_\_\_
7. Telefono \_\_\_\_\_
8. Indirizzo attuale \_\_\_\_\_

***Rappresentato/a e Difeso/a da***

9. Nome e cognome del rappresentante: **Angela Maria Fasano**
10. Professione del rappresentante: AVVOCATO.
11. Indirizzo del rappresentante: Via Catania 42 C – 90141 - PALERMO
12. T e l : 0 9 1 3 4 1 3 0 1 e m a i l : [studiolegale.fasano@alice.it](mailto:studiolegale.fasano@alice.it) p e c :  
studilegaleavvocatofasano@pec.it

**B. L'ALTRA PARTE CONTRAENTE**

13. Repubblica Italiana

**II: Esposizione dei fatti**

A) L'istante risulta affetta/o da una grave ed invalidante patologia: la fibromialgia, diagnosticatale/gli nel \_\_\_\_\_ (cfr. **all. 1**)

B) La fibromialgia o sindrome di Atlante, è una malattia caratterizzata dal dolore muscolare cronico diffuso, associato a rigidità.

C) Dolorosa al punto tale da diventare invalidante, la fibromialgia è una malattia sistematica di natura infiammatoria che interessa tutto il tessuto connettivo del corpo. Nervi, muscoli e tendini, ovvero, tutte quelle strutture costituite da fasci di fibre, sono colpiti da questa sindrome che provoca, nei casi più gravi, come quello della parte ricorrente, l'impossibilità a condurre una esistenza libera e dignitosa e la totale inabilità al lavoro.

D) Invero, le malattie di cui è affetta la parte ricorrente, tutte riconducibili alla sindrome fibromialgica, espressamente riconosciuta da visite specialistiche alle quali è stata sottoposta (vedi copia certificazioni mediche allegate), di fatto hanno impedito di svolgere la propria attività lavorativa in modo continuativo e costante.

**E) ASPETTI CLINICI GENERALI DELLA FIBROMIALGIA:** Generalmente il dolore viene considerato cronico se ha una durata superiore a sei mesi, anche se i requisiti di cronicità possono manifestarsi anche molto prima. A differenza del dolore acuto, quello cronico perde il suo ruolo di allarme e di protezione e diviene una vera e propria patologia. Il dolore cronico colpisce in Europa un adulto su cinque (19%) e la sua prevalenza è in crescita. In aggiunta alla sofferenza causata dal dolore, il paziente può manifestare disturbi del sonno, ridotta mobilità o depressione. Per questi soggetti il dolore rappresenta un ostacolo dal punto di vista fisico, sociale e psicologico. Il dolore cronico rappresenta una delle forme di sofferenza a più alto costo nei paesi industrializzati. In Europa esso conta almeno 500 milioni di giorni di lavoro persi ogni anno, con un costo di circa 34 miliardi di euro. Il dolore è però un fenomeno complesso, molto soggettivo e spesso difficile da

definire, misurare e spiegare. La disabilità, che si associa al dolore cronico, è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come «una limitazione o una perdita -- derivante da un'alterazione -- della capacità di eseguire un'attività nella maniera o nel *range* considerato normale per un essere umano». Il riferimento al termine «attività» è inteso, nella maggior parte dei casi, come capacità lavorativa, ma è necessario comprendere nel termine anche la restrizione allo svolgimento delle varie attività della vita che sono proprie degli individui di quell'età e quindi le restrizioni allo svolgimento delle varie attività degli individui anche anziani. La gestione del paziente con dolore cronico presenta in genere tre momenti fondamentali: il riconoscimento dello stato di malattia, la diagnosi e cura della malattia dolore, la preparazione alla continuità del trattamento. Si fa quindi riferimento alla frequentissima condizione del paziente con dolore cronico che, dopo mesi o anni, non vede il riconoscimento del suo stato di salute o meglio si sente escluso dalla sfera dei «malati». Il non riconoscimento del dolore e delle conseguenze che questo causa nella persona è uno dei principali motivi di isolamento e di ulteriore sofferenza. Il primo passo da compiere è dunque riconoscere a questo paziente la condizione di malato e di garantirne la credibilità.

**F) CONDOTTA DELLO STATO MEMBRO: Orbene, lo Stato italiano non riconosce la fibromialgia come malattia sociale, nonostante questa sindrome sia stata riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1992.**

**G)Questo disconoscimento è gravissima offesa al principio di cui all'art. 32 della Costituzione posto a presidio, TUTELA e garanzia dei diritti del malato.**

H)Lo Stato italiano, quindi, è attualmente inadempiente nei riguardi della Comunità europea per la grave condotta ad esso ascrivibile, attesa l'immotivata negazione che oggi concretizza disumano danno nei riguardi della parte ricorrente.

I) Del resto, il Parlamento Europeo, nella dichiarazione del 13 gennaio 2009, P6\_TA (2009) 0014, ha invitato gli Stati membri a mettere a punto una strategia comunitaria, per riconoscere questa sindrome come malattia; a promuovere la consapevolezza della malattia e a favorire l'accesso degli operatori sanitari e dei pazienti alle informazioni, sostenendo campagne di sensibilizzazione a livello dell'Unione europea e nazionale; a favorire l'accesso alla diagnosi e ai trattamenti, non risultando ancora inserita nel Registro ufficiale delle malattie nell'Unione Europea, il che esclude i pazienti da una diagnosi formale; a promuovere lo sviluppo di programmi per la raccolta di dati sulla patologia stessa.

**J) Adempimenti oggi non presenti nella condotta statale italiana.**

K) Tale condotta, inoltre, si pone in netta antitesi con la Carta Europea dei diritti del malato. La Carta europea dei diritti del malato è il risultato di un lavoro congiunto tra il Tribunale per i Diritti del Malato e 15 organizzazioni civiche partner della rete europea di Cittadinanzattiva, Active citizenship network. Elaborata nel 2002, si è basata sia sulla esperienza del Tribunale per i diritti del malato ed in particolare sulle precedenti Carte per i diritti del malato promulgate in Italia, a livello nazionale, regionale e locale, sia sulla Carta Europea dei diritti Fondamentali.

**L) La Carta Europea raggruppa i diritti inalienabili del paziente che ogni paese dell'Unione Europea dovrebbe tutelare e garantire.** Tutti questi diritti, in base alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, sono fondamentali nei confronti dei cittadini europei e dei servizi sanitari.

**M) Diritti fondamentali oggi immotivatamente negati ai malati fibromialgici italiani!**

N)E' opportuno evidenziare che il testo della Carta proclama i 14 seguenti diritti dei cittadini che mirano a garantire la protezione della salute umana assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali in Europa. Ad ogni individuo devono essere garantiti i seguenti diritti: a fruire dei servizi di prevenzione della malattia; all'accesso ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede; ad avere la possibilità di attingere ad informazioni su tutto quello che riguarda il suo stato di salute, i servizi sanitari e il modo in cui utilizzarli; al consenso, tramite l'accesso a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute; alla libera scelta tra diverse procedure ed erogatori di trattamenti sanitari alla confidenzialità di tutte le informazioni di carattere personale; a ricevere i necessari trattamenti in tempi brevi e predeterminati; ad accedere a servizi sanitari di alta qualità; ad essere sottoposto a trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza; ad accedere a procedure innovative in linea con gli standard internazionali; ad evitare quanta più sofferenza possibile; a programmi diagnostici e terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze personali; a reclamare ogni volta che abbia subito un danno e a ricevere una risposta; a ricevere un risarcimento adeguato in tempi ragionevolmente brevi ogni volta che abbia subito un danno causato dai servizi sanitari.

O)Un altro dato di background di importanza cruciale è la Carta dei diritti fondamentali emanata a Nizza nel 2000. La sua rilevanza è legata a due elementi: la Carta è la fonte giuridica che riconosce i diritti individuali dei cittadini dell'Unione europea e, in quanto tale, rende l'Unione europea responsabile dell'attuazione del suo contenuto. Alcuni diritti specifici stabiliti nella Carta di Nizza, inoltre, hanno un legame diretto con questioni riguardanti i diritti dei pazienti e possono quindi essere considerati una base giuridica della Carta europea dei diritti del malato. L'articolo 35 della Carta stabilisce un diritto alla salute come il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. L'articolo 35 specifica inoltre che

l'Unione deve garantire un alto livello di protezione della salute umana, intendendo la salute come un bene sia individuale che sociale. Questa formula costituisce un criterio direttivo per i governi nazionali: non fermarsi alle soglie di standard minimi garantiti, ma, nella diversità di capacità di prestazioni tra i vari sistemi, livellare in alto. In aggiunta all'articolo 35, la Carta dei diritti fondamentali contiene molte disposizioni che si riferiscono direttamente o indirettamente ai diritti del malato, e che È pertanto utile richiamare: la inviolabilità della dignità umana (articolo 1) e il diritto alla vita (articolo 2); il diritto alla integrità della persona (art. 3); il diritto alla sicurezza (art. 6); il diritto alla protezione dei dati personali (art. 8); il diritto alla non discriminazione (art. 21); i (art. 24); i diritti degli anziani (art. 25); il diritto a condizioni di lavoro giuste ed eque (art. 31); il diritto alla sicurezza sociale e all'assistenza sociale (art. 34

P) Il sistema sanitario nazionale sta mettendo a rischio gli stessi diritti di pazienti, consumatori, utenti, famiglie, soggetti deboli e comuni cittadini affetti da questa malattia invalidante. Malgrado le solenni dichiarazioni sul Modello sociale europeo (il diritto all'accesso universale ai servizi sanitari), numerose limitazioni mettono in discussione la effettività di questo diritto in Italia. I cittadini europei italiani affetti da fibromialgia non possono continuare ad accettare che i loro diritti siano affermati in teoria e negati in pratica, a causa di limiti finanziari. Questi, benché giustificati, non possono legittimare la negazione o la messa in discussione dei diritti dei pazienti. Risulta inaccettabile che questi diritti siano proclamati ma non attuati, o affermati nei programmi elettorali ma dimenticati dopo la formazione di un nuovo governo.

Q) Altro problema in Italia è il seguente: la legislazione sociale esistente al momento è lacunosa. **Non è stata adottata una normativa a tutela dei disabili della fibromialgia.** Quasi sempre, infatti, salvo alcuni specifici istituti, la tutela di queste patologie è prevista solo se sussiste un riconoscimento dello stato di disabilità causato dalla malattia. Le

difficoltà, peraltro, sono aumentate dal fatto che un comune concetto di disabilità, all'interno dei Paesi dell'Unione, non è individuabile, il che comporta profonde difformità tra i vari sistemi assicurativi, previdenziali, sanitari ed amministrativi. Tali problematiche, pur tuttavia, non possono e non devono arrestare il percorso di tutela cui è obbligato lo Stato.

R)È proprio in considerazione di tali circostanze che il Parlamento europeo, con la risoluzione del 10 aprile 2008, al punto 34, ha «invitato gli Stati membri e la Commissione a mobilitarsi per sviluppare orientamenti intesi ad una definizione comune della disabilità che possa includere le persone affette da malattie croniche o da cancro, e nel contempo invita gli Stati membri che non l'abbiano ancora fatto a prendere rapidamente l'iniziativa di includere eventualmente tali persone nell'ambito delle loro definizioni nazionali di invalidità». Non solo. Al successivo punto 35 il Parlamento «invita la Commissione a redigere una carta per la protezione sul luogo di lavoro dei pazienti affetti da tumore e delle persone affette da malattie croniche, in base alla quale le imprese sarebbero tenute a permettere ai pazienti di continuare a lavorare durante la terapia e a favorire il loro rientro in servizio». Relativamente al primo punto, il cammino è ancora lungo: la questione non è ovviamente solo terminologica, ma sostanziale.

S)Il grado di estensione del concetto di disabilità ha conseguenze notevoli all'interno del sistema lavoristico, anche e soprattutto per quanto concerne il sistema previdenziale ed assicurativo. Resta fermo il fatto che ovunque siano applicate alcune norme fondamentali: in ogni Paese è stata data applicazione alla direttiva n. 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, in merito al divieto di discriminazioni dovute allo stato di salute (per l'Italia si veda il d.lgs. 9 luglio 2003, n. 216) e quasi tutti gli Stati hanno ratificato la Convenzione dell'ONU del 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità.



**T) Applicazione oggi totalmente disattesa in Italia.**

U) Circa gli strumenti adottati dagli Stati europei, a tutela dei disabili, si può dire che esistono due grandi tipologie di sistemi: da una parte quello meramente assistenzialista (basato essenzialmente sull'attribuzione di sussidi), dall'altro quello basato su una effettiva tutela sul lavoro. La corresponsione di sussidi o pensioni di assistenza sociale, che apparentemente può sembrare l'ipotesi più onerosa per uno Stato nel caso di fibromialgia, è invece quella che richiede un investimento minore in termini di strutture, mezzi e persone impegnate.

V) L'adozione del secondo sistema, piuttosto, presuppone la presenza di strutture mediche, sociali e amministrative in grado di attuare e garantire determinate scelte. Non è un caso che la prima tipologia di misure sia maggiormente attuata nei Paesi neocomunitari, mentre la seconda soprattutto negli Stati del Nord-Europa.

W) Relativamente all'inclusione della fibromialgia nel concetto di disabilità, dallo studio comparato della realtà europea emerge che alcuni Paesi sono già in linea con l'Unione europea, includendo la patologia nelle ipotesi di disabilità (Francia, Regno Unito e Spagna).

X) Non solo! Il malato fibromialgico che ha perso l'abilità al lavoro in Italia non gode neppure delle cosiddette forme assistenziali di accesso al lavoro. Relativamente alle tutele offerte quando la malattia si è già manifestata, risultano diffuse nel resto d'Europa – pur con sostanziali diversità – le agevolazioni per l'inserimento nel mondo del lavoro, la possibilità di modificare l'orario di lavoro, la disciplina speciale dei permessi e delle assenze, la possibilità di cambiare mansioni, le procedure aggravate per i licenziamenti.

Y) Un aspetto che purtroppo è ancora poco affrontato in Italia è il binomio pari opportunità-tutela dei malati o a rischio di patologia. Sono inesistenti, infatti, le norme

contenenti previsioni relative alle donne lavoratrici affette da fibromialgia. Questo avviene nonostante i dati preoccupanti sull'incidenza delle affezioni, nelle donne.

Z) Un recente traguardo, per le persone affette da disabilità, è stato raggiunto con la l. n. 18 del 3 marzo 2009. Con questo atto, il nostro Paese ha ratificato la Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità nonché il relativo protocollo opzionale, adottati dall'Assemblea generale delle Nazioni unite con la risoluzione del 23 dicembre 2006. La l. n. 18/2009, in realtà, si propone non solo come strumento di ratifica dell'accordo internazionale, ma anche quale strumento di costituzione a livello normativo dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (art. 3), con sede presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Un altro risultato molto importante, sempre dello scorso anno, si è avuto con la stesura del Libro bianco su accessibilità e mobilità urbana. Linee guida per gli Enti Locali da parte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Comune di Parma. In esso sono illustrati i più importanti elementi da valutare per realizzare una progettazione di ambienti pienamente accessibili e fruibili, orientando gli atti creativi all'inclusione sociale e all'uguaglianza, nel rispetto della diversità umana.

**AA) Traguardo che, invero, non è stato MAI applicato per i malati fibromialgici.**

AB) Importante è anche la previsione di particolari coperture economiche e sanitarie per le malattie croniche (in questo senso il Ccnl 16 luglio 2008 Banche credito cooperativo casse rurali artigiane che istituisce una particolare tutela sanitaria e copertura assicurativa per i casi di long term care. La disciplina dei congedi, aspettative e permessi che spettano a lavoratori dipendenti, pubblici e privati, in realtà, sta per essere riformata: sta per diventare operativo il c.d. Collegato lavoro (ddl n. 1167-B) approvato in Senato il 3 marzo 2010. Nei prossimi mesi il Governo (art. 23) interverrà sulla materia nell'ottica del

riordino delle tipologie degli istituti, della razionalizzazione e semplificazione di criteri e modalità per la fruizione dei benefici e della documentazione da presentare.

AC) L'Italia deve applicare una normativa di effettivo supporto alle famiglie che si trovano a dover affrontare al loro interno la sofferenza delle gravi patologie, consapevoli che già molto si può fare, sia sul piano morale che su quello materiale, permettendo di conciliare le cure necessarie a superare le malattie gravi, conservando il posto di lavoro

AD) Appare evidente la lacunosità dell'azione sanitaria italiana in relazione al diritto vantato dalla ricorrente laddove si sancisce che il diritto di ogni persona all'accesso alla prevenzione sanitaria e all'ottenimento di cure mediche sia tutelato alle condizioni previste dalle legislazioni e dalle prassi nazionali (art. 35), anche nel già richiamato art. 168 del TFUE il quale afferma sì il principio della "Health in all policies", ossia della doverosa valorizzazione di un livello elevato di salute umana nella definizione e attuazione di tutte le politiche dell'Unione, ma lascia alla responsabilità degli Stati membri "la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate", vietando categoricamente all'Unione "qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri" in materia di sanità.

AE) In questo senso, dunque, il ruolo dell'Unione si presenta connotato da un carattere di complementarità, che pur si è evoluto nel corso degli anni, rispetto alle politiche sanitarie nazionali: alla luce del disposto letterale dei Trattati, infatti, l'Unione possiede, con riferimento alla tutela della salute umana, una competenza limitata al sostegno, al coordinamento e al completamento dell'azione degli Stati membri. Ad ulteriore conferma di ciò, si evidenzia come la Corte di giustizia abbia sempre tutelato la salute in modo ancillare e indiretto, attraverso la garanzia di altri interessi afferenti, questi sì, a materie di competenza esclusiva UE, per esempio farmaci a uso umano o veterinario, prodotti alimentari di dubbia qualità, tutela del consumatore, tutela dell'ambiente, rifiuti,

diritto di proprietà. Sotto il secondo profilo, i servizi sanitari non sfuggono all'applicazione delle regole sul mercato interno, in quanto soggetti all'applicazione dell'art. 56 TFUE: quando, dunque, si è presenza di una prestazione transfrontaliera, che implica cioè l'attraversamento di un confine nazionale, gli Stati sono tenuti al rigoroso rispetto dei principi e delle disposizioni in tema di funzionamento del mercato interno, in relazione ai quali l'Unione ha competenza esclusiva.

AF) In Italia quasi due strutture sanitarie su tre non hanno un percorso prioritario per i pazienti con disabilità che devono fruire di prestazioni ospedaliere e oltre il 78% degli ospedali non prevede spazi adatti di assistenza per le persone con disabilità intellettiva, motoria e sensoriale. In sostanza, l'attesa al pronto soccorso, un esame invasivo per diagnosticare una malattia, la degenza in reparto, situazioni che rappresentano disagi per qualsiasi paziente, si trasformano in un vero e proprio ostacolo per chi vive in una condizione di fragilità. Sono le cosiddette "barriere sanitarie". Barriere che rischiano di essere insormontabili soprattutto negli ospedali del Mezzogiorno e sono la prova di un ennesimo divario tra Nord e Sud della nostra penisola.

**AG) Altra precisazione necessaria riguarda la natura delle prestazioni riconosciute dall'INPS oggi negate del tutto immotivatamente alla ricorrente.**

AH) Il primo gruppo ha natura previdenziale ed è volto ad assicurare una tutela che fonda i suoi presupposti nel secondo comma dell'art. 38 della Costituzione, per il quale *"I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria"*. Come precisato dalla Consulta nella sentenza 5 febbraio 1986, n. 31 il settore previdenziale, quindi, è quello che permette prestazioni differenziate in quanto finanziate dalla fiscalità contributiva di ciascun gruppo". Tra le prestazioni previdenziali concesse a norma della Legge 12 giugno 1984, n. 222, sono meritevoli di citazione

l'assegno ordinario di invalidità e la pensione ordinaria di inabilità. Al riguardo, con il termine "assegno ordinario di invalidità" si intende un assegno mensile che spetta ai lavoratori dipendenti e autonomi, assicurati dall'INPS, affetti da un'infermità fisica o mentale, che provochi una riduzione permanente a meno di un terzo della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle attitudini. L'assegno ordinario di invalidità non è una pensione definitiva: ha una durata massima di tre anni ed è rinnovabile su domanda del beneficiario, che viene quindi sottoposto ad una nuova visita medico-legale. Dopo due conferme consecutive l'assegno diventa definitivo. Con il termine "pensione di inabilità" si intende una pensione che spetta ai lavoratori dipendenti o autonomi affetti da un'infermità fisica o mentale, accertata dal medico dell'INPS, che provochi una assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa.

AI) Un secondo gruppo di prestazioni ha natura assistenziale, a norma del primo comma dell'art. 38 della Costituzione, il quale prevede che "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale". **Trattasi, quindi, di benefici e di prestazioni economiche rivolti a tutti i cittadini, non solo a quelli che fruiscono di una copertura previdenziale in quanto lavoratori.**

AJ) Sempre secondo le chiare definizioni dettate della Consulta nella sentenza prima citata, "l'art. 38 Cost. prevede nel comma 1 una tutela assistenziale indirizzata al cittadino bisognoso con prestazioni uniformi e di pura assistenza, finanziata dalla fiscalità generale e condizionata alla verifica della inabilità al lavoro e della mancanza dei mezzi per vivere".

AK) La parte ricorrente oggi è immotivatamente esclusa da tali prestazioni.

AL) **III: Esposizione delle violazioni della convenzione lamentate dal ricorrente nonché delle relative argomentazioni**

**AM) VIOLAZIONE ART. 14 DELLA CEDU BASATA SULL'APPARTENZA AD UNA DETERMINATA CATEGORIA DI LAVORATORI - VIOLAZIONE ART. 35 DELLA CARTA FONDAMENTALE DEI DIRITTI DELL'UNIONE EUROPEA PROCLAMATA IL 27 DICEMBRE 2007**

AN) La "Salute pubblica" è regolata dall'art. 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea ed è una competenza condivisa tra gli Stati membri e l'Unione europea. La legislazione europea deve essere recepita nel diritto nazionale degli Stati membri entro il termine stabilito dalla normativa, ma spesso accade che le autorità nazionali ne ritardino il recepimento o che non ne venga data adeguata attuazione.

AO) E' così accaduto che i malati fibromialgici italiani non possono godere dei diritti riconosciuti ai malati fibromialgici di altri Stati membri.

AP) In Italia, peraltro, ad oggi non vi sono vie giudiziarie celeri per tutelare i malati DI fibromialgia, atteso che l'accesso alla giustizia con sentenza definitiva viene attuato dopo circa 10 anni di processo. Una tempistica inaccettabile per un malato costretto alla sofferenza fisica!

AQ) Si ricorda che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha condannato più volte gli Stati membri a ripristinare i diritti dei cittadini vittime del sistema giudiziario, in particolare a causa della lentezza procedurale dei loro sistemi giurisdizionali e della violazione dei diritti della difesa; invita pertanto gli Stati membri interessati a rimediare al malfunzionamento dei sistemi giudiziari e, in particolare, a introdurre nei loro ordinamenti giuridici la nozione di «ritardo ragionevole», così come previsto dalla Convenzione europea sulla salvaguardia dei diritti dell'uomo, nonché a studiare le modalità per ridurre le lentezze procedurali e limitare al massimo il ricorso alla carcerazione preventiva, che deve mantenere un carattere di eccezionalità.

AR) Ai sensi dell'art. 14 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848: «Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella presente Convenzione deve essere assicurato senza nessuna discriminazione, in particolare quelle fondate sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita od ogni altra condizione.».

AS) La detta disposizione non ha un'esistenza indipendente, in quanto vale unicamente per «il godimento dei diritti e delle libertà» da essa sancito. Infatti, come costantemente dichiarato dalla Corte Edu, l'art. 14 CEDU integra le altre clausole normative della Convenzione e dei suoi Protocolli. In particolare, le doglianze mosse sotto il profilo dell'art. 14 della Convenzione vengono formulate, in combinato disposto con le altre norme sostanziali della Convenzione preposte a tutela dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali.

AT) **Per discriminazione — secondo la giurisprudenza convenzionale — si intende il fatto di trattare in maniera diversa, senza giustificazione oggettiva e ragionevole, persone che si trovano, in un determinato campo, in situazioni comparabili** (Ex multis, 7 gennaio 2014, Cusan e Fazzo contro Italia, § 58; 11 giugno 2002, Willis contro Regno Unito, § 48).

AU) **Anche l'applicazione dei trattamenti sanitari, quindi, deve avvenire in modo omogeneo all'interno dell'Unione Europea, senza alcuna discriminazione.**

AV) Ai fini di tale disposizione, una distinzione è discriminatoria quando «manchi di una giustificazione oggettiva e ragionevole», «quando non persegua un fine legittimo» ovvero qualora, comunque, non sussista «un rapporto di ragionevole proporzionalità tra i mezzi impiegati ed il fine perseguito (Ex multis, 7 gennaio 2014, Cusan e Fazzo contro

Italia, § 59; 25 ottobre 2005, Niedzwiecki contro Germania; 27 marzo 1998, Petrovic contro Austria, § 30; 1° febbraio 2000, Mazurek contro Francia, § 46 e 48.)

AW) In altri termini, il concetto di discriminazione ingloba, di solito, i casi in cui un individuo o un gruppo si vede trattato meno bene di un altro, senza valida giustificazione, anche se la Convenzione non richiede il trattamento più favorevole.

AX) **La disparità di trattamento di cui il ricorrente è stato oggetto non presenta, quindi, alcuna giustificazione oggettiva e ragionevole.**

AY) Da qui la riscontrata violazione dell'art. 14 CEDU, in combinato disposto con l'art. 1 del Protocollo addizionale alla Convenzione, essendo stato il ricorrente privato, per motivi discriminatori, di un valore patrimoniale di cui avrebbe goduto, in assenza delle ingiustificabili ed irragionevoli limitazioni ai diritti fondati su una categoria lavorativa di appartenenza.

AZ) Ciò, in linea con i principi di inderogabile solidarietà sociale, assunti quale valore fondante degli stessi diritti inalienabili dell'individuo che non ammettono distinzioni di sorta in dipendenza di qualsiasi tipo di qualità o posizione soggettiva.

BA) La comparazione fra le legislazioni dei singoli Paesi europei evidenzia che il problema della condizione lavorativa delle persone affette da gravi patologie fatica ancora molto ad emergere. Le differenze esistenti tra i vari Stati dell'Unione sono notevoli: basti pensare alla sola estensione territoriale, al numero di abitanti, agli aspetti culturali, a quelli socio-economici e politici. Per un certo numero dei Paesi neocomunitari, la transizione è ancora in pieno corso a causa della ristrutturazione della sanità pubblica. La ricerca medica è quindi la priorità, divenendo secondaria la creazione di un'adeguata legislazione sociale. Anche per questi Paesi, comunque, l'ingresso in Europa si traduce in un'occasione per poter cooperare alla ricerca, per promuovere campagne informative e per adottare



sistematicamente programmi di screening – ancora non pienamente utilizzati – per la diagnosi precoce delle malattie.

BB)

BC) **IV: Esposizione relativa ai requisiti di cui all'art. 35 della Convenzione**

BD) Quanto alla condizione relativa alla ricevibilità interna definitiva si rappresenta che rispetto alla violazione dei diritti e delle libertà non sussiste nell'ordinamento interno ITALIANO *ut supra* rappresentato alcuna forma di tutela in Via giudiziaria. Tanto basta per concludere che l'ordinamento italiano non prevede misure alternative al riconoscimento del vantato diritto.

BE) In tale contesto ben s'inserisce la controversia sottoposta all'adita Corte: **nel caso di specie, al di là della circostanza che sia stato o meno esperito un qualche rimedio interno, onde denunciare la violazione dei suoi elementari diritti al rispetto della vita familiare, del divieto di lavoro obbligatorio e dei propri beni, oltre che del rispetto del principio di non discriminazione, vi è la palese constatazione che tali rimedi non sono efficaci sul piano pratico in una situazione di continua emergenza, per il quale il Governo adotta piani straordinari e, dunque, perennemente in deroga.** Violazioni continue dei diritti della ricorrente che integrano certamente il superamento della soglia minima di gravità che giustifica l'esame della stessa da parte della CEDU, che si sostanzia nel principio del c.d. pregiudizio importante.

BF) L'eccessiva durata del processo inoltre non consentirebbe di ottenere il diritto vantato in tempi brevi (durata media decennale dei processi in Italia) con la conseguenza che l'esigenza di tutela immediata del diritto alla salute verrebbe irrimediabilmente compromesso.

BG) **Ad oggi, quindi, il diritto interno non consente di rimuovere le conseguenze di tali violazioni.**

#### **V. Esposizione relativa all'oggetto del ricorso e domande provvisorie per un'equa soddisfazione**

Tutto ciò premesso

- Accertato che i fatti si sono svolti come indicato in narrativa nel paragrafo dedicato;
- Verificato il rispetto delle condizioni di ricevibilità;
- Fatte salve eventuali deduzioni in fatto ed in diritto e correlative allegazioni probatorie

Voglia Codesta Ecc.ma Corte, in accoglimento del presente ricorso, condannare lo Stato Italiano per violazione dell'art. 14 della Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali, disponendo contestualmente, ai sensi dell'art. 41 della medesima convenzione ed in considerazione della circostanza che il diritto interno non consente di rimuovere le conseguenze di tali violazioni una equa soddisfazione della parte lesa in termini di pubblica condanna dello Stato italiano per aver violato i diritti sanciti dall'art. della Convenzione europea per la Salvaguardia dei diritti dell'Uomo.

Chiede, altresì, di condannare lo Stato italiano al rimborso delle spese e dei costi del presente procedimento.

#### **VI. ALTRE ISTANZE INTERNAZIONALI INVESTITE DELLA CAUSA**

Le doglianze oggetto del presente ricorso non sono state sottoposte dal ricorrente ad altra istanza internazionale di inchiesta o di regolamento.

#### **VII. DOCUMENTI ALLEGATI IN COPIA**

1. **Documentazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia.**
2. **Documenti di identità e Codice Fiscale.**

#### **VIII. DICHIARAZIONE E FIRMA**

Il/La sottoscritto/a dichiara, in coscienza e fede, che le informazioni riportate nel presente ricorso sono esatte.

**CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO  
CONSIGLIO D'EUROPA  
STRASBURGO – FRANCIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_

Con la presente conferisce speciale

**Procura**

All'avvocato Angela Maria Fasano con studio in Palermo nella Via Catania 42 C

Affinché lo/a rappresenti e difenda dinanzi a Codesta Ecc.ma Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nell'istaurando procedimento introdotto con ricorso individuale per l'accertamento e la condanna dello Stato italiano per la violazione dell'art. 14 della Convenzione europea dei diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali, in virtù della disparità di trattamento cui è soggetto.

All'uopo conferisce al nominato rappresentate ogni potere e facoltà previsto dalle regole di procedura dinanzi a Codesta Corte.

Luogo e data \_\_\_\_\_ in fede