



## La disabilità

15 giugno 2015

Per quanto riguarda il concetto di disabilità, nel maggio 2001, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha approvato l'[International Classification of Functioning, Disability and Health](#) (ICF), con lo scopo di integrare sia il modello medico sia il modello sociale; pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, la disabilità è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la morbilità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo sociosanitario, giocano un ruolo determinante. I trend demografici evidenziano un rilevante aumento assoluto e relativo del segmento della popolazione anziana ultrasettantacinquenne (+25%, pari a più di 1.400.000 persone nei prossimi 10 anni), con andamenti di grosso impatto soprattutto sulla prevalenza di molte patologie cronico degenerative; ad esempio, le demenze sono destinate ad un sostanziale raddoppio degli attuali malati (sono circa 450.000 nel 2007) entro il 2020. L'assistenza alle persone non autosufficienti, prevalentemente (ma non esclusivamente) anziane, è quindi divenuta, una delle emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese, peraltro uno dei Paesi più longevi al mondo (sul punto Agenas, [La presa in carico degli anziani non autosufficienti](#), Quaderni di Monitor 10/2012)

Dall'indagine [La disabilità in Italia](#) emerge che la famiglia è il soggetto che generalmente prende in carico la persona disabile. Circa il 10% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità e, oltre un terzo di queste famiglie è composto da persone disabili che vivono sole. Quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento soprattutto nel Sud.

Le persone con disabilità sono 2 milioni 600 mila di cui l'80% hanno un'età superiore a 65 anni.

### Le principali norme nazionali

La definizione di disabilità cambia a seconda della rilevazione statistica e di chi la effettua; spesso, infatti, si usano in modo impreciso termini come non autosufficiente, disabile, portatore di handicap, invalido e inabile.

In Italia, la tutela assistenziale del cittadino disabile si realizza *in primis* con l'istituto dell'**invalidità civile** ([Decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 118/1971](#)). introdotto nel nostro Paese negli anni Settanta, ed inizialmente orientato al collocamento mirato al lavoro di soggetti impossibilitati a lavorare per malattia ([art. 38 della Costituzione](#)), si è nel tempo trasformato in un sistema che - attivato per l'erogazione di indennità di natura economica - è stato utilizzato anche per la tutela dei soggetti anziani ultra sessantacinquenni o dei minorenni.

L'accertamento delle percentuali di invalidità civile avviene ai sensi del [DM 5 febbraio 1992](#), e successive modificazioni, che ha recepito, in forma limitata, alcune indicazioni elaborate dall'OMS nell'ambito della classificazione internazionale delle menomazioni "Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap" (ICIDH-1, 1980). Il sistema rimane legato all'analisi e alla misurazione percentuale di ciascuna menomazione anatomico-funzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa e molte infermità non risultano gabbellate, tuttavia, è possibile valutarne il danno con un criterio analogico. I cittadini che richiedono il riconoscimento dello stato d'invalidità, dopo l'esito positivo della visita, disposta dalla regione e dall'INPS (che è il soggetto istituzionale pagante), attraverso la Commissione medica di accertamento, hanno diritto a:

- benefici di natura economica (assegno di invalidità, pensione di inabilità, indennità mensile di frequenza per i minori ed indennità di accompagnamento);
- benefici di natura socio-assistenziale (assistenza protesica, collocamento mirato al lavoro ed esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria "esenzione ticket" per le prestazioni di diagnostica clinica e di diagnostica strumentale).

Dal 1° gennaio 2010 le domande per il riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, del sordomutismo e dell'handicap devono essere presentate all'Istituto nazionale della previdenza sociale e non più all'Azienda sanitaria locale.

La [legge 5 febbraio 1992, n. 104](#) (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) ha introdotto un nuovo modello di assistenza alle

persone disabili che fa riferimento alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se con ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana.

Come precedentemente anticipato, la definizione di disabilità non è universale. L'ISTAT, ad esempio, usa la nuova classificazione dell'OMS la "Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità" (ICF, 2001) che definisce non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale, accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale. In particolare, la classificazione ICIDH-1 considera la disabilità come la conseguenza di una menomazione strutturale o funzionale al livello corporeo, l'ICF definisce la disabilità come risultato di una complessa relazione tra salute, fattori personali e ambientali e, conseguentemente, determina la necessità di un'integrazione tra l'intervento sanitario e quello sociale.

L'indennità di accompagnamento ([Legge 11 febbraio 1980, n. 18](#) "Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili") è un istituto che riguarda essenzialmente la disabilità e l'handicap dei minori e degli adulti, più che degli anziani, non considerati ancora, al momento dell'introduzione del nuovo istituto, una priorità sociosanitaria.

Nel corso del tempo, l'indennità di accompagnamento ha progressivamente mutato il proprio *target*, rivolto oramai alla non autosufficienza in generale, in particolare delle persone anziane, e strumento universalistico, per un'utenza in crescita, gli anziani non autosufficienti.

In Italia, secondo gli ultimi dati resi disponibili dell'ISTAT, si registrano ad oggi circa 2.600.000 persone non autosufficienti, ossia di persone che riferiscono una totale mancanza di autonomia per almeno una delle funzioni essenziali che permettono di condurre una vita quotidiana normale.

La [legge 8 novembre 2000, n. 328](#) (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), ha indicato i principi fondamentali della materia (tra cui l'applicazione dell'ISEE per l'accesso al servizio integrato di servizi ed interventi sociali), ha istituito a fini di programmazione il Piano nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali (approvato per il triennio 2001-2003 con [D.P.R. 3 maggio 2001](#) e non seguito da altri piani, a causa del mutato assetto delle competenze istituzionale, dopo la riforma del 2001 del [Titolo V della Costituzione](#)) ed ha precisato le aree in relazione alle quali il piano deve specificare gli interventi integranti i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale (LIVEAS).

Nel 2010, è stato istituito l'[Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità](#), un organismo istituito ai sensi dell'art. 3 della [legge 3 marzo 2009, n. 18](#) e presieduto dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il Regolamento dell'Osservatorio è stato disciplinato con il [Decreto Interministeriale del 6 luglio 2010 n. 167](#).

L'Osservatorio ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche nazionali in materia di disabilità con particolare riferimento:

- alla promozione dell'attuazione della [Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità](#), siglata a New York il 13 dicembre 2006;
- alla predisposizione di un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale e internazionale;
- alla promozione della raccolta di dati statistici e della realizzazione di studi e ricerche sul tema;
- alla predisposizione della relazione sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità.

All'interno dell'Osservatorio è istituito un Comitato tecnico-scientifico con finalità di analisi ed indirizzo scientifico in relazione alle attività e ai compiti dell'Osservatorio. Il comitato è composto da un rappresentante del Ministero del Lavoro e da uno del Ministero della Salute, da rappresentante delle Regioni e da uno delle autonomie locali, da due rappresentanti delle associazioni nazionali maggiormente rappresentative delle persone con disabilità e da tre esperti facenti parte dell'Osservatorio.

Il primo [Programma d'azione italiano per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità](#) è stato approvato nel 2013 dall'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, a cui si deve anche il primo Rapporto italiano alle Nazioni Unite sulla implementazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità nel nostro Paese .

Il [Programma d'azione](#), di durata biennale, individua le aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione e la tutela dei diritti delle persone con disabilità, al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi generali della Strategia europea sulla disabilità 2010-2020 e della Convenzione ONU ratificata dall'Italia nel 2009.

Si ricorda che la normativa regionale ha designato diversi tipi di servizi ed interventi (per

maggiori approfondimenti Agenas, [Ricognizione della normativa regionale sulla Non Autosufficienza](#), gennaio 2014).

## Gli interventi

Le principali forme di aiuto economico riguardano: l'indennità di accompagnamento, erogata direttamente al disabile, all'anziano, e al non autosufficiente, senza alcun limite di reddito, per migliorare le sue condizioni di vita, e diverse agevolazioni fiscali riguardanti: i figli a carico portatori di handicap, in funzione del reddito e del numero dei figli stessi; l'acquisto di veicoli, mezzi di ausilio, sussidi tecnici e informatici; le spese per i cani dei non vedenti e di interpretariato per i non udenti; le spese per le realizzazioni di interventi di abbattimento delle barriere architettoniche; le spese mediche e quelle per l'assistenza personale e domestica.

Dal punto di vista sanitario, le persone disabili e non autosufficienti, possono ricevere, a richiesta, dalle strutture presenti nel luogo dove vivono, varie tipologie di assistenza sanitaria (medico, infermieristico, protesico, psichiatrico). Tali interventi possono essere erogati negli ambulatori pubblici, a domicilio, in strutture semiresidenziali o residenziali (per un approfondimento sulle strutture residenziali per anziani si rinvia a Auser, [Indagine nazionale sulle residenze sanitarie assistenziali - RSA: le rette, le liste d'attesa, lo stato di salute dei bilanci, il personale utilizzato, la trasparenza delle Carte dei Servizi](#), 2012) .

Per quanto concerne le prestazioni di carattere socio-assistenziale, lo Stato attraverso proprie leggi ([legge n. 104 del 1992](#)) garantisce l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate e dei loro familiari. In particolare, sono tutelati i diritti riguardanti l'inserimento scolastico - diritto all'insegnante di sostegno e agli ausili scolastici - e l'accesso al mondo del lavoro ([legge n. 68/1999](#)) - collocamento mirato e assunzioni obbligatorie -. Ai cittadini lavoratori, portatori di handicap grave, riconosciuto ai sensi dell'art. 3, comma 3 [Legge 104/92](#) e ai loro familiari vengono concessi, in presenza di determinate condizioni, dei permessi retribuiti aventi come scopo la cura e l'assistenza del portatore di handicap.

Inoltre, per le persone disabili sono i comuni, singoli o associati, che nel territorio di appartenenza, intervengono con loro iniziative, che vanno dallo scuola bus per le persone non autosufficienti, alla consegna a domicilio di documenti o generi di prima necessità, al personale che assiste i minori che frequentano gli istituti dell'obbligo.

Per le finalità di natura socio-assistenziale le risorse necessarie vengono stanziare annualmente attraverso la legge finanziaria nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali e dal Fondo per le non autosufficienze, che possono essere integrati da proprie risorse regionali e comunali al fine di garantire ulteriori servizi.

Gli altri interventi di natura sanitaria, fiscale e del lavoro, sono a carico del Fondo sanitario nazionale, che si alimenta attraverso vari tributi e viene ripartito tra le Regioni, della previdenza e della fiscalità generale dello Stato.