



**Ordine degli Psicologi della Toscana**  
**Gruppo di Lavoro “Psicologia delle Disabilità”**

**“LE DISABILITÀ:  
DAGLI ASPETTI NORMATIVI ALLE BUONE PRASSI”**

**A cura di**

**Membri del Gruppo di Lavoro Psicologia delle Disabilità:**

Bruni Daniele

Carpensano Pasqualino

Lazzeri Noretta

Sgarioto Monica

Vaiani Serena

Vitaro Rossella

**Coordinatrice:** Giomi Francesca

**Referente:** Limberti Carolina

## **INTRODUZIONE**

Il Gruppo di Lavoro “Psicologia delle Disabilità” opera all’interno dell’Ordine degli Psicologi della Toscana e ha come mandato lo svolgimento di obiettivi operativi sulla base delle linee programmatiche del Consiglio. Il Gruppo di Lavoro ha operato nel corso di questo mandato per la promozione della professione dello Psicologo all’interno della tematica della disabilità.

La disabilità, quale condizione complessa e multi-fattoriale, impone una presa in carico globale ed attenta non soltanto degli aspetti medico-sanitari, ma anche dei correlati psicologici ed affettivo-relazionali della persona e delle figure significative attorno ad essa. Il presente lavoro nasce nell’intento di offrire un quadro sintetico ma completo e di facile lettura e comprensione sulla tematica della disabilità e di fornire, dunque, uno strumento utile ai professionisti, alle famiglie e a tutti coloro che per differenti motivi si avvicinano al mondo della disabilità.

Per queste ragioni nella stesura della presente raccolta il Gruppo di Lavoro ha posto l’accento, oltre che su alcune chiarificazioni teoriche e terminologiche necessarie, sulla legislazione in materia e su questioni operative di primaria importanza. L’auspicio è infatti che tutti i potenziali fruitori di tale documento, professionisti e non, possano trovare in esso risposte e suggerimenti pratici per potersi districare nel vasto e complesso panorama scientifico, sanitario e normativo inerente la disabilità.

## **DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLE DISABILITÀ**

## 1) Cosa si intende per Disabilità (Menomazione, Handicap e Disabilità)?

La **disabilità** è la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale.

La classificazione ICIDH (*International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps*) del 1980 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) distingueva tra:

- a) **Menomazione** intesa come perdita o anormalità a carico di una struttura o una funzione psicologica, fisiologica o anatomica e rappresenta l'estensione di uno stato patologico. Se tale disfunzione è congenita si parla di **minorazione**;
- b) **Disabilità**, ovvero qualsiasi limitazione della capacità di agire, naturale conseguenza ad uno stato di minorazione/menomazione;
- c) **Handicap**, svantaggio vissuto da una persona a seguito di disabilità o minorazione/menomazione.

Questo significa che mentre la disabilità viene intesa come lo svantaggio che la persona presenta a livello personale, l'handicap rappresenta lo svantaggio sociale della persona con disabilità. L'ICIDH prevede la sequenza: Menomazione → Disabilità → Handicap, che, tuttavia, non è automatica, in quanto l'handicap può essere diretta conseguenza di una menomazione, senza la mediazione dello stato di disabilità.

Si parla di handicap per descrivere uno svantaggio fisico, senza tenere in considerazione la condizione che si crea, quando viene detta questa parola, che può manifestare nel disabile un senso di disagio e rabbia per la sua situazione.

Tale classificazione negli anni ha mostrato una serie di limitazioni.

- Non considera che la disabilità è un concetto dinamico, in quanto può anche essere solo temporanea.
- È difficile stabilire un livello oltre il quale una persona può considerarsi disabile.
- La sequenza può essere interrotta, nel senso che una persona può essere menomata senza essere disabile.
- Nell'ICIDH si considerano solo i fattori patologici, mentre un ruolo determinante nella limitazione o facilitazione dell'autonomia del soggetto è giocato da quelli ambientali.

Negli anni 90, l'OMS ha commissionato a un gruppo di esperti di riformulare la classificazione tenendo conto di questi concetti. La nuova classificazione, detta ICF (*International Classification of Functioning*) o *Classificazione dello stato di salute*, definisce lo stato di salute delle persone piuttosto che le limitazioni, dichiarando che l'individuo "sano" si identifica come "individuo in stato di benessere psicofisico" ribaltando, di fatto la concezione di stato di salute. Introduce inoltre una classificazione dei fattori ambientali.

Il concetto di disabilità cambia e secondo la nuova classificazione (approvata da quasi tutte le nazioni afferenti all'ONU) e diventa un termine ombrello che identifica le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale.

In questa classificazione i fattori biomedici e patologici non sono gli unici presi in considerazione,

ma si considera anche l'interazione sociale: l'approccio, così, diventa multiprospettico: biologico, personale, sociale. La stessa terminologia usata è indice di questo cambiamento di prospettiva, in quanto ai termini di menomazione, disabilità ed handicap (che attestavano un approccio essenzialmente medicalista) si sostituiscono i termini di Strutture Corporee, Attività e Partecipazione.

Di fatto lo standard diventa più complesso, in quanto si considerano anche i fattori sociali, e non più solo quelli organici.

<p><b>Funzioni corporee</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funzioni mentali</li> <li>2. Funzioni sensoriali e dolore</li> <li>3. Funzioni della voce e dell'eloquio</li> <li>4. Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico, respiratorio</li> <li>5. Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino</li> <li>6. Funzioni riproduttive e genitourinarie</li> <li>7. Funzioni neuro - muscolo - scheletriche correlate al movimento</li> <li>8. Funzioni cutanee e delle strutture correlate</li> </ol>	<p><b>Strutture corporee</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema nervoso</li> <li>2. Visione e udito</li> <li>3. Comunicazione verbale</li> <li>4. Sistemi cardiovascolare e immunologico, apparato respiratorio</li> <li>5. Apparato digerente e sistemi metabolico ed endocrino</li> <li>6. Sistemi genitourinario e riproduttivo</li> <li>7. Movimento</li> <li>8. Cute e strutture correlate</li> </ol>
---	---

<p><b>Fattori ambientali</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prodotti e tecnologia</li> <li>2. Ambiente naturale e cambiamenti effettuati dall'uomo</li> <li>3. Relazione e sostegno sociale</li> <li>4. Atteggiamenti</li> <li>5. Sistemi, servizi e politici</li> </ol>	<p><b>Attività e partecipazione</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apprendimento ed applicazione delle conoscenze</li> <li>2. Compiti e richieste generali</li> <li>3. Comunicazione</li> <li>4. Mobilità</li> <li>5. Cura della propria persona</li> <li>6. Vita domestica</li> <li>7. Interazione e relazioni personali</li> <li>8. Aree di vita principali</li> <li>9. Vita sociale, civile e di comunità</li> </ol>
---	--

Tabella ISTAT 24/03/2003

La nuova classificazione è subentrata all'ICIDH il 21 maggio 2001 quale nuovo standard di classificazione dello stato di malattia e di salute.

## 2) Classificazione della Disabilità

Le disabilità possono essere suddivise in quattro grandi categorie a seconda delle strutture e delle funzioni corporee interessate:

- **Disabilità Sensoriali:** sono quelle disabilità che interessano gli organi di senso (vista, udito, tatto, gusto, olfatto);
- **Disabilità Fisiche o Motorie:** sono quelle disabilità che interessano la motricità e gli organi delle parti del corpo deputati al movimento;
- **Disabilità Intellettive:** sono quelle disabilità che riguardano le funzioni intellettive e che possono essere verificate attraverso la valutazione del Quoziente Intellettivo della persona;
- **Disabilità Psiciche:** sono quelle disabilità che riguardano la sfera psichica, psicologica e relazionale.

## 3) Che cosa si intende per Disabilità fisica?

Con il termine *disabilità fisica* si fa riferimento ad un ampio spettro di condizioni caratterizzate, pur nella loro eterogeneità, dalla presenza di una qualche forma di menomazione fisica che pone la persona che ne è colpita in una condizione di svantaggio personale. Le aree che risultano principalmente coinvolte sono quelle della mobilità e del movimento con una conseguente incapacità per la persona di utilizzare efficacemente gli arti superiori, gli arti inferiori e/o il busto. Queste disabilità possono andare incontro a delle modificazioni nel corso del tempo e causare a loro volta altre forme di disabilità quali disturbi alla parola, perdita dell'udito e perdita della memoria. In funzione dell'entità e della tipologia di menomazione la persona può essere completamente indipendente o necessitare di un'assistenza a tempo pieno o parziale al fine di garantirle la miglior qualità di vita possibile.

Una distinzione fondamentale da operare, non solo per le differenti caratteristiche mediche ma anche e soprattutto per le diverse implicazioni psicologiche che ne derivano, è quella tra *disabilità congenite* e *disabilità acquisite*.

- La **disabilità fisica congenita** origina prevalentemente in conseguenza di un'anomalia genetica, pertanto è già presente alla nascita o si manifesta nelle prime fasi dello sviluppo del bambino con conseguenti limitazioni alla sua capacità di autodeterminarsi.
- La **disabilità fisica acquisita** è invece la conseguenza di un danno organico post-traumatico (lesione vertebro-midollare) o dell'insorgenza di patologie neurodegenerative (sclerosi multipla, atrofia midollare spinale, ecc.) che inducono inevitabili ripercussioni nella quotidianità della persona che fino a quel momento conduceva una vita "normale".

Le ripercussioni psicologiche non riguardano soltanto la persona direttamente colpita dalla menomazione ma il suo intero contesto relazionale (genitori, coniuge, figli, ...) che può agire da fattore protettivo o, al contrario, da fattore di rischio nella traiettoria evolutiva della persona con disabilità, influenzando positivamente o negativamente la sua qualità di vita.

Fra le disabilità fisiche possiamo distinguere:

- la "Paralisi Cerebrale Infantile" che rappresenta l'esito di una lesione del sistema nervoso centrale con compromissioni delle funzioni motorie, disturbi sensoriali (visivi / uditivi), cognitivi e del

linguaggio;

- la “Distrofia muscolare”, con questo termine si intendono diverse malattie ereditarie che comportano una progressiva degenerazione ed un indebolimento dei muscoli volontari. Nella fase iniziale della malattia in genere l’emissione della voce non risulta compromessa, mentre di solito la persona si vede ogni giorno di più, costretta a fare fronte a diverse difficoltà a partire dai piccoli e quotidiani movimenti necessari per la cura della propria persona, a situazioni più ampie e complesse che finiscono spesso in incidenti più o meno gravi. Infatti in seguito a menomazioni dell'apparato scheletrico o di altra origine, queste persone convivono con una disabilità motoria. La casistica è varia e comporta negli individui differenti gradi e contesti di autonomia che conducono a disabilità motorie differenti per tipo e per entità. Il ricorso alla riabilitazione per l’autonomia è inevitabile come pure l'uso di ausili diversi:

- le persone paralizzate solo negli arti inferiori (paraplegici) sono pienamente efficienti nella parte superiore del corpo: sono autonomi rispetto alle funzioni conservate e dipendenti da altre persone o da ausili per sopperire all'inutilizzo delle gambe;

- le persone paralizzate negli arti inferiori e superiori (tetraplegici) hanno un grado di autonomia molto più basso e dipendono dagli altri o da ausili non solo in occasioni circoscritte ma per molte necessità quotidiane;

- chi dispone di un solo braccio può ancora compiere un certo numero di azioni e quindi mantenere un discreto grado di autonomia rispetto alle altre persone, può comunque aver bisogno di ausili;

- chi è privo di entrambe le braccia dipende dagli altri o da ausili adeguati per tutte quelle azioni che richiedono l'uso degli arti superiori;

- chi presenta menomazioni alle mani deve essere aiutato in toto o in parte in quelle azioni che investono la motricità; questo tipo di disabilità insieme ai tetraplegici rende impossibile deporre la propria firma su qualsiasi documento, per cui si deve necessariamente delegare qualcuno, oggi si può nominare “l’Amministratore di sostegno”, come riportato dalla legge 9 gennaio 2004 n. 6 che recita: “ al fine di tutelare, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento di attività di vita quotidiana”.

#### **4) Che cosa si intende per Disabilità intellettiva?**

L’AAMR (American Association on Mental Retardation) definisce il ritardo mentale come una disabilità caratterizzata da limitazioni significative, sia del funzionamento intellettuale che del comportamento adattivo, che si manifestano nelle abilità adattive concettuali, sociali e pratiche e che insorge prima dei 18 anni di età.

L’ICD-10 (International Classification of Disease) definisce il ritardo mentale come: una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata soprattutto da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali. Il ritardo può presentarsi con o senza altre patologie psichiche o somatiche.

Nel DSM-5 il termine “ritardo mentale” è stato ufficialmente sostituito da “disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettuale)”. Il termine “disabilità intellettiva” è l’equivalente di “disturbi dello sviluppo intellettuale”, adottato nella prima bozza dell’ICD-11 (la versione beta attuale riporta “disorder of intellectual development”). Per sottolineare una progressiva convergenza fra i due sistemi classificatori questo secondo termine è stato riportato, fra parentesi, anche nel titolo del



capitolo del DSM.

I nuovi termini del DSM-5 fanno riferimento ad un disturbo con insorgenza nell'età evolutiva che include deficit intellettivi e adattivi negli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche.

D'ora in poi, per poter formulare la diagnosi in accordo al DSM, devono venir soddisfatti i seguenti 3 criteri:

A. Deficit delle funzioni intellettive, come il ragionamento, la soluzione di problemi, la pianificazione, il pensiero astratto, il giudizio, l'apprendimento scolastico o l'apprendimento dall'esperienza, confermato sia da valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate;

B. Deficit del funzionamento adattivo che si manifesti col mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale.

Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità;

C. Insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva.

I livelli di gravità vengono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non sui punteggi di quoziente intellettivo (QI), poiché è stato giudicato che sia il funzionamento adattivo, nelle aree della concettualizzazione, della socializzazione e delle abilità pratiche, a determinare il livello di supporto necessario a mantenere una condizione di vita accettabile. In più, quando basse (inferiori a 60), le misure di QI perdono di validità.

Dunque si continuano a distinguere 4 livelli di gravità (lieve, moderato, grave e gravissimo), ma con criteri diversi dal DSM-IV e IV-TR.

Il disturbo è stato collocato in un raggruppamento meta-sindromico, o meta-strutturale, denominato "disturbi del neurosviluppo". Il gruppo include condizioni con insorgenza in età evolutiva, tipicamente precoci, spesso precedenti l'ingresso a scuola e caratterizzate da deficit di sviluppo che producono compromissioni del funzionamento personale, sociale, scolastico o occupazionale. Il range di deficit spazia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento e del controllo delle funzioni esecutive ad una compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza. I disturbi del neurosviluppo si presentano spesso insieme, per esempio individui con autismo hanno spesso anche disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) e molti bambini con disturbo da deficit d'attenzione e iperattività hanno spesso anche un disturbo specifico dell'apprendimento.

### **5) Che cosa si intende per Disabilità sensoriale?**

Sulla base della classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1980 si ritrovano specifiche dimensioni della disabilità: confinamento, difficoltà di movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione comprese le limitazioni del vedere, sentire, parlare.

Questa ultima espressione indica soprattutto tre tipologie di disabilità:

- la sordità o l'ipoacusia con perdita uditiva superiore a 25 decibel in entrambe le orecchie;

Per la legge italiana "Si considera sordomuto il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura strettamente psichica o da causa di guerra, di lavoro o di servizio. Causa di sordità è la perdita uditiva congenita o contratta prima del dodicesimo

anno di età e corrispondente a una ipoacusia pari o superiore a 75 decibel di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 Hertz sull'orecchio.

La parola sordità viene usata in due accezioni, sia per indicare il deficit sensoriale uditivo, sia l'handicap che ne deriva. Fra le due accezioni esiste una profonda differenza. Con il termine deficit ci si riferisce alla quantità o alla qualità della perdita uditiva, misurabili attraverso la diagnosi audiologica. Secondo la classificazione audiologica della sordità elaborata dal Biap (Bureau International d'Audiophonologie) ci sono quattro gradi in relazione all'entità della perdita uditiva espressa in decibel:

- Lieve, con soglia tra 20 e 40 decibel
- Media, con soglia tra 40 e 70 decibel
- Grave, con soglia tra 70 e 90 decibel
- Profonda, con soglia uguale o superiore a 90 decibel.

- la cecità o l'ipovisione con visus non superiore a 3/10;

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito cinque categorie di disabili visivi, tenendo conto del *visus o acuità visiva* (compreso fra i 3/10 e la cecità totale) e della *riduzione del campo visivo* (Dell'Osbel, Veglia, Richero, 2003).

Viene definita *ipovisione* un insieme eterogeneo di riduzioni gravi della funzione visiva che non possono essere eliminate per mezzo di lenti correttive, di interventi chirurgici o di terapie. La percezione visiva dell'ipovedente è spesso influenzata da un'ampia serie di fattori fisiologici e ambientali, quali la pressione endooculare, i difetti di rifrazione, la luminosità, ecc., che, a seconda della patologia e talvolta del suo trattamento in corso, possono subire variazioni importanti anche nell'arco della stessa giornata, determinando instabilità e privando la persona di sicurezza. Nonostante queste problematiche, gli ipovedenti, grazie ad un residuo visivo, sono facilitati nell'acquisizione dell'autonomia rispetto a chi presenta cecità totale, soprattutto se insorta nei primi mesi di vita.

La *disabilità visiva totale*, congenita o insorta precocemente, ha infatti ripercussioni a diversi livelli. Innanzitutto ha implicazioni sull'elaborazione cognitiva dello spazio: l'individuo è meno motivato all'esplorazione dell'ambiente e presenta dei ritardi in alcuni settori dello sviluppo cognitivo e nello sviluppo senso-motorio, con conseguenti difficoltà di orientamento spaziale e quindi nell'acquisizione dell'autonomia.

- la sordocecità caratterizzata dalla compresenza delle due disabilità sensoriali visive e uditive.

## **PROCESSO DIAGNOSTICO**

## **6) Esiste un codice nosografico per le disabilità?**

Le disabilità possiedono un loro codice nosografico ed esso è dettato dalla “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (ICF) che fa parte delle Classificazioni Internazionali dell’Organizzazione mondiale della Sanità. L’ICF rappresenta una revisione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH) pubblicata dall’OMS nel 1980 a scopo di ricerca. L’ICF permette il raggiungimento di due differenti obiettivi: da una parte stabilire un linguaggio unificato delle disabilità che garantisce l’efficacia della comunicazione fra professionisti diversi indipendentemente dalla lingua o dalla cultura di riferimento; dall’altra stabilisce un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.

## **7) Cosa si intende per diagnosi nosografica?**

La diagnosi nosografica è chiamata anche diagnosi clinica e rappresenta il processo attraverso il quale si giunge all’identificazione, ossia all’etichetta diagnostica, del disturbo.

Consiste in una valutazione guidata dalla ricerca dei criteri che portano all’identificazione dei Disturbi e alla loro collocazione nell’ambito di un sistema nosografico (DSM-5, ICD-10).

## **8) Cosa si intende per diagnosi funzionale?**

La diagnosi funzionale descrive il profilo di funzionamento, completa la diagnosi clinica ed è contenuta nella relazione clinica. La necessità che la diagnosi sia anche di tipo funzionale è specificata nell’Accordo Stato-Regioni (2012).

L’approfondimento del profilo del disturbo è fondamentale per la qualificazione funzionale del disturbo e per comprendere meglio le caratteristiche del soggetto. È inoltre essenziale per la presa in carico e per la stesura di un progetto riabilitativo, necessario all’intervento riabilitativo/abilitativo.

La diagnosi funzionale interessa la valutazione delle abilità fondamentali o complementari (linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive, mnestiche), dei fattori ambientali e delle condizioni emotive e relazionali; comprende inoltre l’esame di comorbidità, intesa come compresenza di altri disturbi.

## **9) Che cosa si intende per comorbidità?**

La comorbidità o “comorbidità” in ambito medico indica la coesistenza di più patologie diverse in uno stesso individuo. La comorbidità viene definita come la presenza di ogni altra patologia distinta preesistente o coesistente rispetto alla malattia che determina un peggioramento dello stato di salute della persona e/o l’evento acuto o la malattia che condiziona maggiormente la prognosi. Il termine infatti può riferirsi a due o più patologie che coesistono simultaneamente ma indipendentemente l’una dall’altra, oppure riferirsi a patologie che compaiono secondariamente all’insorgenza di una patologia di fondo. Il concetto non indica obbligatoriamente due malattie distinte, ma anche la possibilità di più diagnosi nello stesso paziente in base ai sintomi presentati. Il termine comorbidità deve essere distinto da quello di Multimorbidità che descrive invece la semplice intercorrente di due o più malattie nello stesso individuo, senza che si possa attribuire ad alcuna di esse un ruolo causale o un’importanza clinica prioritaria (Forti, Fabbri e Zoli, 2014). Nella disabilità la presenza di due o più patologie in comorbidità, complica il percorso diagnostico e quello di intervento terapeutico ed influenza

negativamente il benessere globale della persona, obbligando i professionisti ad una presa in carico multidisciplinare.

### **10) Accertamento della disabilità**

L'accertamento delle condizioni di disabilità, con conseguente rilascio della **relazione conclusiva**, è previsto dall'art. 1 - comma 4 della legge 68/99 ed è effettuato secondo le modalità indicate nel D.P.C.M. 13/01/2000. Tale accertamento consente di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili ed in particolare ai percorsi di collocamento mirato.

*Nota:* si tratta di un accertamento diverso da quello di invalidità e di handicap.

### **Aventi diritto**

È effettuato dalle commissioni per l'accertamento dell'invalidità integrate da un operatore sociale e un esperto nei casi da esaminare come previsto dall'articolo 4 della Legge 104/92 per:

- le persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e i portatori di handicap intellettivo con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%;
- le persone non vedenti o sorde.

**L'accertamento può essere effettuato anche in più fasi temporali consequenziali e contestualmente all'accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap:**

- per gli invalidi del lavoro l'INAIL svolge l'accertamento dello stato invalidante ed il controllo sulla permanenza di tale stato con criteri e modalità aderenti a quanto delineato nel D.P.C.M. 13 gennaio 2000. L'Istituto utilizzerà una scheda per la definizione delle capacità in linea con il predetto provvedimento, curando la formulazione della diagnosi funzionale e la redazione della relazione conclusiva che contiene "suggerimenti in ordine ad eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro della persona disabile", in aderenza agli indirizzi programmatici di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 28. L'esito dell'accertamento costituirà oggetto di informativa ai Comitati tecnici preposti alla definizione del percorso di inserimento al lavoro.
- per gli invalidi di guerra, invalidi civili di guerra e invalidi per servizio l'accertamento delle condizioni di disabilità che danno diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili continua ad essere effettuato ai sensi delle disposizioni del testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

**L'accertamento delle condizioni di disabilità rientra tra le misure per agevolare l'inserimento mirato e la ricerca del posto di lavoro più adatto alla singola persona disabile.**

Infatti, la legge 68/99 ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e

soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

In questa ottica, la dichiarazione di incollocabilità prevista nel vecchio modello utilizzato per il riconoscimento della invalidità civile non ha più ragione di essere. Anche gli invalidi totali con percentuale di invalidità pari al 100% e 100% più accompagnano, hanno diritto:

- alla valutazione delle capacità lavorative;
- ad accedere al lavoro e/o a percorsi di inserimento mirato, qualora tale valutazione risulti positiva.

La commissione effettua anche le visite sanitarie di controllo sulla permanenza dello stato invalidante o aggravamento delle condizioni di disabilità. In caso di aggravamento delle condizioni di disabilità l'accertamento può essere richiesto sia dalla persona disabile che dal datore di lavoro (*art. 8 del D.P.C.M. 13 gennaio 2000*).

### **Attività della commissione di accertamento**

L'attività della commissione di cui all'articolo 4 della legge 104/92 operante presso l'Azienda U.S.L. è finalizzata ad individuare la capacità globale, attuale e potenziale per il collocamento lavorativo della persona disabile attraverso la formulazione:

- della diagnosi funzionale che comporta una descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale della persona e si basa su dati anamnestico-clinici, sui dati attinenti alla diagnosi funzionale e al profilo dinamico funzionale eventualmente redatti per la persona disabile nel periodo scolastico, sulla valutazione della documentazione medica preesistente;
- del profilo socio-lavorativo della persona con disabilità attraverso l'acquisizione di notizie utili per individuare la persona nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità (eventuale diagnosi funzionale e profilo dinamico-funzionale) e di lavoro anche in collaborazione con il comitato tecnico.

L'accertamento è eseguito secondo una apposita scheda per la definizione delle capacità lavorative ed utilizzando precise definizioni medico-scientifiche stabilite dalla normativa di riferimento.

### **Procedura**

Dal 1 gennaio 2010 le Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali di cui all'art. 4 della legge n. 104/1992 sono integrate con un medico dell'INPS per le disposizioni introdotte dall'art. 20 del Decreto Legge n. 78/2009 convertito con modificazioni dalla legge n. 102/2009.

La commissione di accertamento, sulla base delle risultanze, derivanti dalla valutazione globale formula, entro 4 mesi dalla data della prima visita, la relazione conclusiva che può contenere suggerimenti su eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro della persona con disabilità. La relazione conclusiva viene trasmessa al disabile e al Comitato tecnico presso i Centri per l'impiego. Sulla base di tale relazione, viene individuato il percorso di inserimento più adeguato.

### **Dove**

A decorrere dal 1 gennaio 2010 le domande per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS esclusivamente per via telematica.

IL Messaggio INPS n. 3889/2011 chiarisce che, per il collocamento mirato la domanda può essere di tre tipi:

**1) domanda presentata da disabili già in possesso di un verbale di accertamento della invalidità civile.**

La domanda deve essere presentata all'INPS per via telematica e, come precisato nella circolare INPS n. 131/2009, non deve essere abbinata ad un certificato medico, ma deve contenere i dati relativi al verbale di riconoscimento dello stato di invalidità, cecità o sordità, già posseduto.

**2) domanda presentata da soggetti che non hanno ancora effettuato l'accertamento sanitario di invalidità civile.**

La domanda deve essere presentata contestualmente a quella per il riconoscimento dello stato di invalido civile, cieco civile o sordo, segnalando le due richieste sulla domanda telematica. In questo caso, l'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità va inoltrata dall'interessato (soggetto disabile) al Direttore della sede INPS di appartenenza, direttamente o tramite i patronati, dopo che il medico di base o altro medico abilitato ha inviato all'INPS, sempre per via telematica, la certificazione medica finalizzata alla domanda per il riconoscimento della disabilità grave e rilasciato all'interessato l'attestazione dell'avvenuto invio.

**3) domanda di revisione delle condizioni di disabilità.**

La domanda deve essere presentata dal Comitato Tecnico presso i Centri per l'impiego, anche su richiesta delle aziende, per la verifica della residua capacità lavorativa e/o per una nuova diagnosi funzionale volta ad individuare la capacità globale per il collocamento lavorativo. Per consentire al comitato tecnico di svolgere questa funzione le Province, autorizzate dall'INPS, possono accedere alla procedura telematica INVCIV2010 unicamente per la presentazione della domanda e la visualizzazione della relazione conclusiva.

**Ricorso**

La normativa non prevede la possibilità di ricorso amministrativo contro l'accertamento delle condizioni di disabilità per accedere al collocamento mirato. Il provvedimento è impugnabile in sede giurisdizionale entro sei mesi. Per le innovazioni introdotte dall'art. 38 del Decreto Legge n. 98/2011 convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011, dal 1° gennaio 2012 sono cambiate le modalità per opporsi ai verbali di invalidità, handicap, disabilità emessi da INPS. Il nuovo iter prevede l'accertamento tecnico preventivo, cioè la valutazione di un consulente nominato dal giudice. Solo dopo tale valutazione è possibile presentare il ricorso vero e proprio.

È comunque possibile richiedere un'ulteriore visita trascorso un determinato periodo di tempo che può essere indicativamente di 6 mesi.

Si ricorda, che in sede di accertamento la persona con disabilità può farsi assistere da un medico di fiducia.

**Riferimenti normativi:**

- **Legge 12 marzo 1999 n. 68:** "Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000:** "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili a norma dell'articolo 1 comma 4 della legge 12 marzo 1999;

- **Circolare Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 10 luglio 2001, n. 66:** "Assunzioni obbligatorie. Indicazioni operative in materia di accertamenti sanitari e di assegno di incollocabilità";
- **Decreto Legge 1 luglio 2009, n. 78:** "Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali. - art. 20 convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102;
- **Circolare INPS 28 dicembre 2009, n.131:** "Art. 20 del D.L. n.78/2009 convertito con modificazioni nella Legge 102 del 3 agosto 2009 - Nuovo processo dell'Invalidità Civile - Aspetti organizzativi e prime istruzioni operative. Istruzioni contabili. Variazioni al piano dei conti".
- **Messaggio INPS 16/02/2011, n. 3989:** "Nuovo processo per la gestione dell'invalidità civile. Diritto al lavoro dei disabili. Misure organizzative e aggiornamenti della procedura INVCIV 2010";
- **Decreto Legge 6 luglio 2011, n. 98:** Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria convertito con modificazioni dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111.

### **11) Che differenza c'è tra diagnosi e certificazione?**

Nella nota 2563 del 22 novembre 2013 il MIUR fornisce una distinzione tra diagnosi e certificazione: Per "certificazione" si intende un documento, con valore legale, che attesta il diritto dell'interessato ad avvalersi delle misure previste da precise disposizioni di legge le cui procedure di rilascio ed i conseguenti diritti che ne derivano sono disciplinati dalle suddette leggi e dalla normativa di riferimento.

Per "diagnosi" si intende invece un giudizio clinico, attestante la presenza di una patologia o di un disturbo, che può essere rilasciato da un medico, da uno psicologo, o comunque da uno specialista iscritto negli albi delle professioni sanitarie.

A questo proposito si ricorda che in Italia soltanto gli psicologi (L.56/89) e i medici possono rilasciare diagnosi cliniche.



## **LA RIABILITAZIONE**

## **12) Cosa si intende per équipe multidisciplinare?**

Innanzitutto occorre precisare che il lavoro che l'équipe multidisciplinare è chiamata a compiere nella presa in carico dell'individuo con disabilità, esplica il proprio operato sia nella fase diagnostica, giungendo all'individuazione della categoria diagnostica che più opportunamente spiega i segni e i sintomi presentati dal paziente, nonché gli eventuali stati correlati, sia nella fase di riabilitazione e cura, operando scelte volte alla riduzione della disabilità ed al raggiungimento del più alto livello di benessere globale possibile per la persona. La disabilità, quale condizione complessa, si configura come una situazione che richiede la presa in carico non soltanto di un singolo professionista sanitario, ma di un gruppo di professionisti, che a vario livello, collaborano ed intervengono parallelamente nella presa in carico del paziente stesso. Il lavoro di équipe è, secondo Cavazzuti (1990), un lavoro condotto da un insieme di professionisti aventi un obiettivo in comune, che viene affrontato operando in gruppo. L'équipe multi professionale può essere definita come quell'insieme di professionisti che concorrono al soddisfacimento dei bisogni sanitari, sociosanitari e psicorelazionali della persona attraverso l'utilizzo degli strumenti della valutazione multidimensionale ed attraverso la programmazione di interventi personalizzati integrati. Il lavoro multi professionale è una modalità di lavoro collettivo caratterizzata dall'azione parallela di vari professionisti che programmano e svolgono il proprio lavoro mediante collaborazione ed integrazione reciproca mediata da comunicazioni sia verbali che scritte. Gli operatori che fanno parte dell'équipe multidisciplinare operano mantenendo autonomia ed indipendenza tecnica, in un'organizzazione basata sulla suddivisione del lavoro per competenza specifica.

Il lavoro d'équipe è ritenuto il metodo più efficace per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali nell'interesse del paziente e per tutelare ogni singolo professionista da eventuali rischi di isolamento e di burnout. Il gruppo di lavoro rappresenta, quindi, una vera e propria risorsa, prevedendo la collaborazione di più figure professionali (medici, infermieri, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, operatori socio-assistenziali, educatori e altri specialisti secondo la struttura di riferimento), che operano in modo integrato in ciascuna fase del progetto di intervento al fine di costruire il migliore progetto personale di diagnosi e cura volto a migliorare la qualità della vita della persona con disabilità: dalla progettazione, all'attuazione ed alla valutazione degli esiti del processo. L'organizzazione di periodiche riunioni, dove i diversi professionisti si confrontano e condividono le informazioni rilevate, permette di avere una visione più globale e completa.

## **13) Cosa si intende per Riabilitazione?**

La riabilitazione mira a massimizzare l'indipendenza funzionale attraverso il raggiungimento di tre obiettivi: la stabilizzazione della funzione, la riduzione della disabilità e la prevenzione di complicanze secondarie. La riabilitazione è un processo di cambiamento attivo attraverso il quale una persona disabile acquisisce e usa le conoscenze e le abilità necessarie per rendere ottimali le proprie funzioni fisiche, psicologiche e sociali (Thompson, 1998). La riabilitazione è quindi un percorso globale, che rientra all'interno di un progetto comune in cui l'obiettivo finale è il miglioramento della qualità di vita del soggetto. La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si sostiene la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Secondo la definizione dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS) per riabilitazione, si intende quell'insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico

o anatomico e all'ambiente. In ambito strettamente sanitario, obiettivo della riabilitazione è quello di ridurre, parzialmente o totalmente, il deficit che rende disabile una persona, attraverso l'utilizzo di funzioni rimaste integre, in modo da permetterle di vivere al massimo delle sue capacità.

Generalmente l'intervento riabilitativo viene finalizzato verso quattro obiettivi:

- 1) il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- 2) l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- 3) la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie croniche degenerative riducendone i fattori di rischio e rallentandone la progressione;
- 4) la possibilità di reperire formule facilitanti alternative.

L'intervento riabilitativo ha inizio nel momento stesso in cui il danno si instaura, mentre il termine è definito da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli esiti e la presenza di potenzialità di recupero. La finalità dell'intervento riabilitativo è guadagnare salute, in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione, non più come malato, ma come persona avente diritti (Conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona con disabilità). La finalità è in sintesi un reale empowerment della persona, realizzando e indirizzando tutti gli interventi sanitari verso il raggiungimento del più alto livello possibile di funzionamento e benessere della persona.

In ottica biopsicosociale di salute, nel programma riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi a breve termine, le modalità di erogazione, gli operatori coinvolti nella verifica degli interventi. Pertanto vengono specificati:

- Modalità di presa in carico, da parte di una determinata struttura/operatore, nel rispetto delle competenze professionali dei criteri sanitari;
- Obiettivi a breve e medio termine da raggiungere;
- Modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste;
- Misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi;
- Tempi di verifica e conclusione.

Secondo il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione (2011), il Progetto Riabilitativo Individuale deve essere effettuato applicando i parametri della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute -ICF- e deve quindi possedere alcune caratteristiche:

- Deve definire la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari;
- Deve essere condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia e i care giver;
- Deve definire le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi;
- Deve definire la conclusione della presa incarico sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

## **DISABILITÀ E SCUOLA**

## **14) Disabilità e scuola**

Tutti gli alunni in situazione di handicap (anche grave) hanno diritto a frequentare le classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado (scuola materna, elementare, media e superiore) ex art. 12 Legge 104/92. Si tratta di un vero e proprio diritto soggettivo esigibile: la scuola non può rifiutare l'iscrizione e se lo fa commette un illecito penale. Il diritto all'integrazione è garantito anche per l'asilo nido e l'università.

Per favorire l'integrazione e l'inclusione operano i gruppi di lavoro, con ruoli diversi e complementari.

GLHI – I gruppi di lavoro d'istituto per l'integrazione. Sono esplicitamente previsti dall'art. 15, della legge 104/92. È composto dai rappresentanti degli insegnanti di sostegno e curricolari, degli enti e ASL, di genitori di tutti gli alunni e, per la scuola secondaria di secondo grado, anche degli studenti. Hanno il compito di creare rapporti con il territorio per l'individuazione e la programmazione delle risorse utili a favorire le iniziative educative d'integrazione. È importante, dunque, che essi siano rappresentati da tutta la comunità scolastica.

GLHO – I gruppi di lavoro operativi per l'integrazione. Riguardano le azioni concrete intraprese per ogni singolo alunno con disabilità. Il loro compito è la realizzazione dell'art. 12, della legge 104/92. In essi si prevede infatti, alla definizione del Profilo Dinamico Funzionale (PDF) e del Piano Educativo Individualizzato (PEI), in maniera congiunta: Consiglio di Classe, genitori dell'alunno con disabilità e operatori delle ASL che seguono il minore. In caso siano previsti, fanno parte del GLHO anche l'operatore socio-sanitario che segue il percorso riabilitativo dell'alunno, l'assistente per l'autonomia e la comunicazione (Educatore scolastico) e il collaboratore scolastico incaricato dell'assistenza igienica. Il Dirigente scolastico o un suo incaricato presiede il gruppo di lavoro e individua il coordinatore che ha il compito di redigere il verbale delle riunioni e predisporre ed aggiornare la documentazione.

Il GLHO, oltre a predisporre i documenti di cui sopra, elabora proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie, compresa l'indicazione del numero delle ore di sostegno. Il gruppo si riunisce almeno due volte l'anno.

GLI – La circolare 8 del 2013, dedicata ai Bisogni Educativi Speciali (BES), ha introdotto il gruppo di lavoro per l'inclusione (GLI), che riguarda non solo gli alunni con disabilità, ma anche tutti gli altri alunni che, pur non in possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92, necessitano comunque di attenzioni educative peculiari. A tal proposito ricordiamo che la direttiva del 27/12/12 individua tre sottocategorie di BES, vale a dire la disabilità, i disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici e lo svantaggio socioeconomico, linguistico o culturale. I GLI, dunque, sono gruppi che lavorano per l'inclusione di tutti gli alunni con BES. Essi trovano origine nei GLHI, integrati da nuove risorse presenti nelle scuole: funzioni strumentali, insegnanti per il sostegno, assistenti alla comunicazione, docenti disciplinari con esperienza e/o formazione specifica o con compiti di coordinamento delle classi, genitori ed esperti istituzionali o esterni. I GLI si occupano di rilevare gli alunni con BES presenti nella scuola, documentare gli interventi didattico-educativi posti in essere, confrontarsi sui diversi casi e sul livello di inclusività della scuola, coordinare le proposte emerse dai GLHO ed elaborare annualmente una proposta di Piano Annuale per l'Inclusività (PAI) riferito a tutti gli alunni con BES. I GLI, dunque, non sostituiscono i GLHI, ma li affiancano e li integrano nel favorire i processi d'inclusione.

### **15) Cosa è il PEI?**

È il documento nel quale vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno in situazione di handicap, in un determinato periodo di tempo, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione, di cui ai primi quattro commi dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992. (D.P.R. 24/02/1994).

La definizione del PEI fa seguito alla Diagnosi Funzionale e al Profilo Dinamico Funzionale, strumenti contenuti nella legge 104/92 e nel DPR 24 febbraio 1994, per l'integrazione scolastica degli alunni con certificazione di handicap, ai sensi della legge 104/92.

Il PEI è un progetto operativo interistituzionale tra famiglia, operatori della scuola e dei servizi sanitari e sociali; in specifico è un progetto didattico e educativo personalizzato riguardante la dimensione dell'apprendimento correlata agli aspetti riabilitativi e sociali.

Individua gli obiettivi di sviluppo, le attività, le metodologie, le facilitazioni, le risorse umane e materiali coinvolte, i tempi e gli strumenti per la verifica; tiene presenti i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché le forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche. Deve essere redatto entro il primo bimestre di scuola, cioè entro il 30 novembre di ogni anno scolastico ed è sottoposto a verifica periodica.

### **16) Cose è il PAP?**

Il PAP è il Piano di Assistenza Personalizzato che viene formulato nell'interesse della persona non auto-sufficiente. Attraverso la legge regionale 66/2008, "Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza" ed il "progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" la Regione Toscana ha inteso accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di migliorare qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, promuovendo la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità e a favorire percorsi assistenziali domiciliari finalizzati ad una vita indipendente. L'accertamento della condizione di non autosufficienza attraverso la Unità di Valutazione Multidisciplinare -UVM- e strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona, ispirati ai principi della International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF -Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute), portano alla presa in carico della persona non autosufficiente attraverso, appunto, la formulazione di un **piano personalizzato di assistenza (PAP)**, nel quale sono individuati gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona stessa e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona e la famiglia.

## **DISABILITÀ E LAVORO**

### **17) Cos'è l'inserimento socio-terapeutico?**

L'inserimento socio-terapeutico è uno strumento attuabile nelle situazioni di handicap e si rivolge a soggetti che abbiano compiuto il 18° anno d'età, in possesso del riconoscimento di handicap (L. 104/92) e/o del riconoscimento di un grado d'invalidità civile non inferiore al 74% (L. 118/71 e successive modifiche ed integrazioni). In casi particolari, vagliati dal Servizio Assistenza Sociale, possono essere inseriti a tempo determinato (massimo due anni) anche soggetti con percentuali o categorie d'invalidità diversi.

Il programma di inserimento lavorativo socio-terapeutico è diretto a quei soggetti che, nei limiti delle disabilità e/o handicaps di cui sono portatori, sono comunque in grado di svolgere autonomamente semplici mansioni e di instaurare rapporti corretti e significativi rispetto ai ruoli. Nasce da qui la necessità di creare un semplice e graduale inserimento, attraverso lo strumento del "lavoro socio-terapeutico", in ambienti sensibili alle problematiche dell'handicap e dove non siano richiesti ritmi serrati di produzione.

Gli interventi di inserimento lavorativo socio-terapeutico, potrebbero attraverso un'opportuna e costante opera di promozione e sensibilizzazione nel mondo del lavoro, essere, per alcuni soggetti, propedeutici a vere e proprie assunzioni nell'ambito delle facilitazioni ed incentivazioni previste dalla L.R. 73/82 e dalla normativa vigente per i lavoratori appartenenti a categorie protette.

### **18) Che cosa sono le categorie protette?**

Hanno diritto al collocamento mirato tutti i disabili con percentuale di invalidità uguale o superiore al 46%.

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 (Legge 92/12, art. 4, comma 27) ha apportato alcune modifiche alle modalità di calcolo delle assunzioni obbligatorie di persone disabili, per le aziende. La legge riconosce il diritto al collocamento mirato dei disabili, ovvero alla congruenza tra capacità e competenze possedute e posto di lavoro. A questo scopo sono stati istituiti servizi per l'impiego mirati che, insieme ai servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio redigono e conservano le liste, programmano e attuano interventi specifici e provvedono all'avviamento al lavoro.

La legge istituisce altresì i "comitati tecnici", composti da esperti sociali e medico-legali che valutano le residue capacità lavorative del soggetto e definiscono gli strumenti necessari per il lavoro.

### **19) Cosa è il PAI?**

Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) è uno degli strumenti usati per organizzare gli interventi secondo obiettivi. Il PAI è un documento fondamentale anche perché riguarda situazioni ad alta complessità sanitaria e socio-assistenziale.

Si tratta di un documento che sintetizza in un'ottica multidisciplinare le informazioni relative al soggetto in condizioni di bisogno, con l'intento di postulare e attuare un progetto di cura e assistenza che abbia come obiettivo primario quello di favorire la miglior condizione di salute e benessere del soggetto in questione.

Il PAI comprende gli aspetti clinico-sanitari, la valutazione degli operatori che quotidianamente si prendono cura del soggetto, gli interventi eventualmente necessari (per esempio, la valutazione degli



interventi di riabilitazione o riattivazione a opera del fisioterapista). Evidenzia anche aspetti inerenti la sfera affettivo relazionale e linguistico-comunicativa. La stesura avviene con il contributo di tutti gli operatori coinvolti (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori, psicologi, logopedisti) e con l'integrazione e la condivisione con il nucleo familiare.

Il PAI individua gli obiettivi di cura e assistenza che l'équipe multidisciplinare intende perseguire. Tali obiettivi sono soggetti a verifica e adeguamento periodico.

## **LE NORMATIVE**

## 20) Cosa è la Legge 104/92?

La Cassazione ha stabilito l'obbligo del reimpiego (*repêchage*) in altri compiti sempreché sussistenti in azienda per il lavoratore divenuto inabile alle mansioni (Cassazione, Sezioni Unite, n. 7755/1998). Oltre al datore di lavoro, spetta alla commissione sanitaria istituita presso l'Asl competente (prevista dalla legge 104) accertare l'aggravamento delle condizioni psico-fisiche di salute e se queste siano impeditive allo svolgimento delle mansioni assegnate, o al *repechage*, la possibile ricollocazione del lavoratore disabile in altri uffici, settori o mansioni dell'azienda. (Cass. sent. n. 8450 del 10 aprile 2014).

La **legge 5 febbraio 1992, n. 104** (abbreviata **legge 104/1992** comunemente conosciuta anche come **Legge 104**) rubricata *legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate* è una legge della Repubblica Italiana che tutela i diritti delle persone con disabilità.

(Pubblicata nella gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana n. 39 del 17 febbraio 1992, è stata modificata dalla legge 8 marzo 2000, n. 53, dalla Legge 162 del 21 maggio 1998 e dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151.)

### Soggetti aventi diritto

I principali soggetti a cui è destinata la legge 104 sono le persone con handicap, ovvero coloro che presentano 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.

### Riconoscimento dello stato di handicap

Per essere riconosciuti come portatori di handicap, ai sensi della Legge 104/92, bisogna sottoporsi a visita medica presso una apposita commissione mista dell'ASL dove, assieme a quella del medico, compaiono altre professionalità, in particolare medici esperti per specifica patologia, come ad esempio quella dello psicologo/psichiatra, dell'assistente sociale e del medico di categoria onde valutare da più punti di vista ogni singolo caso. È prevista la possibilità di visite domiciliari per quelle persone con documentata impossibilità ad essere trasportate.

La legge si occupa:

- dell'assistenza;
- dell'integrazione sociale;
- dei diritti dei diversamente abili.

L'intento della Legge 104 è quello di superare gli ostacoli che si frappongono tra le persone con handicap ed una loro migliore integrazione agendo nel modo più mirato possibile, con benefici tendenti a favorire il più completo inserimento della persona con handicap nel contesto sociale. Di facile intuizione risulta il fatto che parte dei benefici sono fruibili da tutte le persone con handicap mentre altri benefici sono riconosciuti in relazione alla gravità dell'handicap.

In realtà alcuni benefici sono previsti da altre disposizioni che però dipendono dal riconoscimento di persona portatrice di handicap. I benefici che si possono ottenere tramite la Legge 104 sono:

- agevolazioni lavorative;
- agevolazioni per i genitori;
- agevolazioni fiscali.

### **Agevolazioni lavorative**

I lavoratori che sono riconosciuti portatori di handicap ai sensi della legge 104/92, art. 3 comma 3, possono usufruire di n. 3 giorni di permesso mensile.

I lavoratori che invece assistono un familiare in situazione di gravità ex art. 33 comma 3 della Legge 104/92 (e successive modificazioni), possono fruire di tre giorni mensili di permesso sempre che il disabile sia parente o affine entro il terzo grado di parentela.

### **Agevolazioni per i genitori**

I genitori di soggetti diversamente abili, riconosciuti tali ai sensi della Legge 104, hanno diritto ad agevolazioni lavorative:

- Figlio minore di 3 anni: prolungamento dell'astensione lavorativa facoltativa
- Figlio fra 3 e 18 anni: n° 3 giorni di permesso mensile.

### **Agevolazioni fiscali**

I soggetti diversamente abili, riconosciuti tali ai sensi della Legge 104, hanno diritto alle seguenti agevolazioni fiscali:

- riconoscimento delle spese sanitarie quali oneri deducibili e non quali detrazioni;
- applicazione dell'IVA agevolata al 4% per l'acquisto di protesi, sussidi e strumenti tecnologici (telefono cellulare, computer);
- applicazione dell'IVA agevolata al 4% per l'acquisto e la trasformazione di veicoli per il trasporto di persone con handicap;
- esenzione della tassa di concessione governativa sulla telefonia mobile;
- esenzione del bollo auto;
- detrazione in misura del 19% per l'acquisto di beni dei disabili.

Non tutti i disabili riconosciuti dalla Legge 104 hanno diritto alle agevolazioni fiscali, in particolare quelle legate agli autoveicoli sono concesse solo a chi ricade all'articolo 3 comma 3 della suddetta legge. Discorso simile per i permessi lavorativi dei familiari. È consigliabile visionare i siti dell'agenzia delle entrate e dell'INPS per consultare le agevolazioni e le regole sui permessi nel dettaglio con i relativi aggiornamenti.

## **22) Cosa è la Legge 68/99?**

La legge 68/99 ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Essa si applica:

**a.** alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di *handicap* intellettuale, che comportino una **riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento**, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti approvata, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, dal Ministero della Sanità sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità;

**b.** alle persone invalide del lavoro con un **grado di invalidità superiore al 33 per cento**, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti;

**c.** alle **persone non vedenti o sorde**, di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni;

**d.** alle **persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria** di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

Si intendono per soggetti in età lavorativa gli uomini di età compresa tra i 15 e i 65 anni e le donne di età compresa tra i 15 e i 60 anni.

Attualmente, per il collocamento mirato la domanda può essere di tre tipi:

**1.** Domanda presentata da disabili già in possesso di un verbale di accertamento.

La domanda deve essere presentata all'INPS per via telematica e non deve essere abbinata ad un certificato medico, ma deve contenere i dati relativi al verbale di riconoscimento dello stato di invalidità, cecità o sordità, già posseduto.

**2.** Domanda presentata da soggetti che non hanno ancora effettuato l'accertamento sanitario di invalidità civile.

La domanda deve essere presentata contestualmente a quella per il riconoscimento dello stato di invalido civile, cieco civile o sordo, segnalando le due richieste sulla domanda telematica.

**3.** Domanda di revisione delle condizioni di disabilità.

La domanda deve essere presentata dal Comitato Tecnico presso i Centri per l'impiego, anche su richiesta delle aziende, per la verifica della residua capacità lavorativa e/o per una nuova diagnosi funzionale volta ad individuare la capacità globale per il collocamento lavorativo.

### **Modalità accertative**

- **Persone invalide con riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 45%.**

L'accertamento delle condizioni di disabilità, spetta alle Commissioni mediche integrate, ai sensi dell'art.4 della L.104/92, dalle figure dell'operatore sociale e del medico esperto nella patologia da esaminare, nonché dal medico INPS ai sensi della legge 102/09. Il D.P.C.M. 13 gennaio 2000 - "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili*" - stabilisce criteri e modalità per l'accertamento delle condizioni di disabilità e per l'effettuazione delle visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante. L'attività delle Commissioni è finalizzata a formulare una diagnosi funzionale della persona disabile per individuarne la capacità globale per l'inserimento al lavoro. Le Commissioni formulano, sulla base delle risultanze delle indagini condotte, la diagnosi funzionale e la relazione conclusiva limitatamente ai soggetti in età lavorativa ai quali sia stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari o superiore al 46%. Nella relazione possono essere suggerite eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'avviamento al lavoro o per il mantenimento dello stesso da parte del soggetto disabile, nonché la eventuale periodicità delle visite sanitarie di controllo. In relazione all'esito dell'accertamento sanitario la persona disabile può essere iscritta nella graduatoria e nell'elenco di cui alla L. 68/99.

- **Persone invalide del lavoro con riduzione capacità lavorativa superiore al 33%.** L'accertamento delle condizioni di disabilità ex L.68/99 viene effettuato dall'INAIL.

- **Accertamento della permanenza dello stato invalidante**

Ai sensi dell'art. 8 del DPCM del 13 gennaio 2000 (Visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante):

**1.** La commissione di accertamento, su indicazione del Comitato Tecnico, contenente anche la comunicazione della data di avvio dell'inserimento lavorativo della persona disabile, effettua visite sanitarie di controllo per la rispondenza agli obiettivi del collocamento mirato, aventi per finalità la verifica della permanenza dello stato invalidante e della misura delle capacità già accertate nonché la validità dei servizi di sostegno e di collocamento mirato, indicati nella relazione conclusiva del primo accertamento.

**2.** La visita sanitaria di controllo è effettuata secondo i criteri e con le modalità indicati negli articoli 4 e 5 e si conclude con la formulazione da parte della commissione di accertamento di una nuova relazione conclusiva certificata. Detta relazione, sulle base delle risultanze della visita di controllo, modifica, ove necessario, le indicazioni di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 6 ed indica la nuova tipologia di collocamento mirato, la forma di sostegno necessarie e le eventuali ulteriori tipologie di inserimento lavorativo.

**3.** La frequenza delle visite sanitarie di controllo per ciascun soggetto disabile è stabilita dalla commissione di accertamento sulla base delle risultanze degli elementi di cui all'art. 4, della diagnosi funzionale, nonché in relazione alle modalità del percorso di inserimento lavorativo, indipendentemente dalla forma giuridica che lo stesso assume.

**4.** La chiamata a visita di controllo è effettuata con immediatezza qualora vi sia la specifica richiesta da parte della persona disabile, ovvero qualora il legale rappresentante dell'azienda o dell'ente presso i quali la persona sia stata inserita rappresentino al Comitato tecnico, e per conoscenza alla commissione, l'insorgere di difficoltà che pongano in pregiudizio la prosecuzione dell'integrazione lavorativa.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.
- Legge 12 marzo 1999, n. 68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” e successive modifiche e integrazioni.
- OMS (1992). *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10)*. Milano: Masson.
- OMS (1999). *Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità, ICIDH-2, Bozza Beta-2*, versione integrale. Trento: Erickson.
- OMS (2001). *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*. Trento: Erickson.
- Soresi, S. (2007). *Psicologia delle disabilità*. Bologna: Il Mulino.
- Zanobini, M., Usai, M.C. (2005). *Psicologia della disabilità e della riabilitazione*. Milano: Franco Angeli.