

S.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA

S.S.D. RIABILITAZIONE INFANTILE

S.S.D. DISABILITÀ CONGENITE

S.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE, DISABILITÀ ACQUISITE  
E PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE E TERRITORIO

# **SINTESI DELLE PRINCIPALI PROBLEMATICHE LEGATE AL CAMPO DELLE DISABILITÀ INTELLETTIVE E DELLO SVILUPPO**

Questo lavoro ha come obiettivo di fornire un orientamento relativo alle caratteristiche principali ed alle problematiche più importanti presentate dalle persone con disabilità intellettiva o altra disabilità dello sviluppo, ai diversi e molteplici supporti necessari, sia sociali che sanitari, alla luce delle normative nazionali vigenti e dei più avanzati indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Da gennaio 2022 in Asl4 è stato intrapreso un percorso di accreditamento, denominato Accreditation Canada, che risponde alla necessità di confronto con linee guida per la messa a punto e la gestione dei servizi sanitari, nell'ambito del progetto regionale "Tigullio Luogo di Salute".

Questo vademecum è stato pensato e redatto dall'equipe della struttura Disabilità Congenite in collaborazione con le altre strutture, nell'agosto 2022, allo scopo di ottemperare a uno specifico requisito richiesto dall'Accreditation Canada.

## Definizione di Disabilità Intellettiva secondo il DSM-5

Nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM-5, le disabilità intellettive fanno parte della categoria dei disturbi del neurosviluppo, in quanto l'esordio avviene nel periodo precoce dello sviluppo. In passato si parlava di "ritardo mentale", termine con una connotazione negativa che è stato poi sostituito con il termine "disabilità intellettiva" grazie ad una legge federale statunitense.

Le caratteristiche della disabilità intellettiva (anche detto disturbo dello sviluppo intellettivo) sono fondamentalmente tre:

**1. Un deficit delle funzioni intellettive:** confermato sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza standardizzati. Un deficit nel funzionamento intellettivo riguarda le capacità cognitive: apprendimento, ragionamento, pianificazione per il futuro, pensiero astratto, capacità di giudizio, di risolvere problemi, di prendere decisioni.

**2. Un soggetto con disabilità intellettiva non ha solo un deficit nelle funzioni intellettive, ma ha anche un deficit nel funzionamento adattivo,** ossia in tutte quelle attività che consentono l'adattamento della persona nella vita quotidiana e nell'ambiente nel quale vive. Le funzioni adattive sono le funzioni base di sopravvivenza e adattamento all'ambiente come la pulizia di sé stessi, l'essere in grado di vestirsi da soli, di mangiare da soli e di svolgere compiti considerati fattibili per l'età cronologica del soggetto. Infatti, il funzionamento adattivo viene valutato in base all'età della persona. Per esempio, un ragazzo che a 12 anni non riesce a vestirsi da solo ha, probabilmente, un deficit nel funzionamento adattivo.

**3. Esordio dei deficit intellettivi e adattativi durante il periodo di sviluppo.**

Per la diagnosi di disabilità intellettiva, quindi, non si valutano solo le funzioni intellettive, che tendono generalmente a rimanere stabili nel tempo ossia difficilmente modificabili o migliorabili, ma si valuta anche il funzionamento adattivo dell'individuo che lo rende più o meno autonomo rispetto alle persone che si prendono cura di lui. Sono proprio le funzioni adattive che possono essere modificate con maggiore facilità grazie all'ambiente nel quale il soggetto vive e alla sua motivazione. Ed è proprio il funzionamento adattivo a determinare la gravità del disturbo che può essere lieve, moderato, grave o estremamente grave perché, proprio come dice il DSM- 5:

*“È il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto”.*

**Le funzioni intellettive** vengono valutate attraverso test di intelligenza multicomponenziali come le scale WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) per gli adulti, WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) per i bambini in età scolare e WIPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) che è il test di intelligenza per bambini in età prescolare. In presenza di difficoltà nell'eloquio si può ricorrere a test per la misura dell'intelligenza fluida non verbale, come le Matrici di Raven adattate alle differenti fasce di età.

**Le funzioni adattive** vengono valutate tramite l'osservazione del soggetto oppure attraverso strumenti come le Scale Vineland (Vineland Adaptive Behaviour Scales) con un'intervista semistrutturata per soggetti dai 6 ai 60 anni che viene fatta ai genitori o ai caregiver per la valutazione del funzionamento adattivo in base all'età cronologica. Valido strumento per valutare se l'individuo mostra abilità funzionali necessarie per la vita quotidiana senza assistenza di altri è l'ABAS (Adaptive Behavior Assessment System), progettato per una valutazione di più figure: genitori, insegnanti, operatori, che supporta la definizione di progetti di intervento.

## Disabilità Intellettiva secondo il DSM-5 - Prevalenza

La prevalenza di questo disturbo è dell'1% sulla popolazione generale e circa 6 individui su 1000 soffrono di disabilità grave.

È un disturbo che si verifica in tutte le razze e in tutte le culture, ma ha una prevalenza maggiore nel sesso maschile.

I fattori di rischio sono genetici e fisiologici e possono essere suddivisi in 3 tipologie:

cause prenatali - cause perinatali - cause postnatali.

- Tra le cause prenatali troviamo le sindromi genetiche come la sindrome di Down, errori congeniti del metabolismo, malformazioni cerebrali, malattie materne e influenze ambientali come l'uso di alcol e droghe da parte della madre durante la gravidanza e l'esposizione ad agenti teratogeni.
- Tra le cause perinatali troviamo problematiche insorte durante il travaglio e il parto.
- Tra le cause postnatali troviamo un danno ipossico-ischemico, lesioni cerebrali traumatiche, infezioni, patologie demielinizzanti, disturbi convulsivi, deprivazione sociale grave e cronica e sindromi e intossicazioni tossico-metaboliche ad esempio di mercurio.

La disabilità intellettiva è un disturbo che si manifesta spesso in comorbilità con altri disturbi fisici e mentali. Tra i disturbi mentali in comorbilità troviamo:

- ◇ Altri disturbi del neurosviluppo  
(come il disturbo dello spettro dell'autismo e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività)
- ◇ Disturbi dello spettro schizofrenico
- ◇ Disturbi dell'alimentazione
- ◇ Disturbi depressivi
- ◇ Disturbo bipolare
- ◇ Disturbi d'ansia
- ◇ Disturbo da movimento stereotipato
- ◇ Disturbi del controllo degli impulsi
- ◇ Disturbo neurocognitivo maggiore.

## Diagnosi differenziale

Per quanto riguarda la **diagnosi differenziale**, si può porre con:

- ◆ Il disturbo neurocognitivo maggiore e lieve è caratterizzato da una compromissione delle funzioni cognitive (come avviene nel caso dell'Alzheimer). Generalmente, nella disabilità intellettiva non si verifica una compromissione delle funzioni cognitive come la memoria. Se però, come avviene spesso nel caso della sindrome di Down, ad una certa età si presenta una compromissione anche del funzionamento cognitivo, si può porre una doppia diagnosi
- ◆ I disturbi della comunicazione e il disturbo specifico dell'apprendimento sono due disturbi specifici perché la compromissione riguarda solo uno specifico funzionamento (linguistico o di apprendimento) mentre il funzionamento intellettivo e adattivo sono preservati
- ◆ Il disturbo dello spettro dell'autismo perché nella disabilità intellettiva il funzionamento sociale (comunicazione e interazione sociale) è preservato mentre nell'autismo è la compromissione primaria del soggetto.

## Altri disturbi del Neurosviluppo

Nel DSM-5 oltre alla Disabilità Intellettiva sono citati tra i Disturbi del Neurosviluppo:

- **I Disturbi della Comunicazione.**  
Comprendono deficit del linguaggio, dell'eloquio e della comunicazione.
- **I Disturbi dello Spettro dell'Autismo.**  
I criteri diagnostici prevedono: deficit persistenti della comunicazione e dell'interazione sociale in molteplici contesti; pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi; sintomi che devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono manifestarsi pienamente quando le richieste sociali aumentano); tali sintomi devono causare compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o altre aree importanti; le alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo.
- **Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività.**  
Si riferisce a pattern persistenti ed invalidanti di disattenzione, disorganizzazione e/o iperattività-impulsività che interferiscono con il funzionamento e lo sviluppo.
- **I Disturbi Specifici dell'Apprendimento.**  
Includono difficoltà di apprendimento e nell'uso delle abilità scolastiche, quali lettura, difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto, difficoltà con l'espressione scritta, difficoltà in ambito numerico e nel ragionamento matematico. Tali difficoltà non sono correlate alla presenza di disabilità intellettiva, disturbi sensoriali e neurologici, inadeguata istruzione scolastica.
- **I Disturbi del Movimento.**  
Sono compresi il disturbo dello sviluppo della coordinazione, il disturbo da movimento stereotipato, i disturbi da tic.

## Comorbidità e complicazioni più frequenti nel corso della vita

Secondo il DSM-5 concomitanti condizioni mentali del neurosviluppo, mediche e fisiche sono frequenti nella disabilità intellettiva (DI), con un'incidenza di alcune condizioni (per es. disturbi mentali, paralisi cerebrale ed epilessia) tre-quattro volte superiori alla popolazione generale.

I più comuni disturbi mentali e del neurosviluppo concomitanti sono:

- ◇ disturbo da deficit di attenzione/iperattività;
- ◇ disturbi depressivo e bipolare;
- ◇ disturbi d'ansia;
- ◇ disturbo dello spettro dell'autismo;
- ◇ disturbo da movimento stereotipato (con o senza comportamento autolesivo);
- ◇ disturbo del controllo degli impulsi;
- ◇ disturbo neurocognitivo maggiore.

Gli individui con DI, in particolare quelli con DI più grave, possono presentare anche aggressività e comportamenti dirompenti.

**Secondo Serafino Corti** (esperto di psicologia delle disabilità) e coll. nella distribuzione della fenomenologia psicopatologica prevalgono disturbi del comportamento e della condotta (aggressività, autolesionismo e stereotipie) in soggetti istituzionalizzati mentre prevalgono aspetti "fobici" ed "ansiosi" in soggetti maggiormente "inseriti" ed "integrati". Nella grave disabilità intellettiva la problematica psicopatologica rasenta il 50%. Fattori di rischio sono: la vulnerabilità biologica, la vulnerabilità psicologica (dello stadio dello sviluppo mentale) e la vulnerabilità relazionale/sociale.

**Secondo Marco Bertelli** (psichiatra e profondo conoscitore dei disturbi del neurosviluppo in età adulta) e coll., nonostante la prevalenza di disturbi psichiatrici nella popolazione con DI vari considerevolmente nei diversi studi, rimanendo tuttavia sempre compresa fra valori molto più alti di quelli della popolazione normale, gli individui che ricevono una precisa diagnosi di disturbo psichiatrico rappresentano solo una piccola parte di tutti i disabili che vengono in contatto con uno psichiatra. La diagnosi psichiatrica, già complessa nella popolazione generale, diviene di ancor più difficile attuazione nella persona con DI, soprattutto nei gradi grave e gravissimo, dove le normali capacità comunicative sono fortemente limitate o assenti.

**Sempre Bertelli e coll.** affermano che anche i disturbi organici (o somatici) sono più frequenti nelle persone con DI che nella popolazione generale: le cause sono nuovamente rintracciabili in una maggiore vulnerabilità, legata a sua volta, ad un lungo elenco di fattori fra cui l'inadeguatezza delle risorse sanitarie, le difficoltà di igiene, le alterazioni morfo-funzionali congenite, i disturbi comportamentali.

Per gli stessi motivi sussiste anche una maggiore sensibilità agli effetti indesiderati dei farmaci e degli altri interventi terapeutici.

## La presa in carico e il Progetto di Vita

La presa in carico rappresenta la modalità con cui i servizi socio-sanitari affiancano e sostengono la persona con disabilità dal momento in cui giunge al Servizio, generalmente per tutto l'arco della sua esistenza.

**I servizi sanitari di Asl4 coinvolti sono, pertanto, sia quelli rivolti all'età evolutiva (NPIA e Riabilitazione Infantile) sia quelli rivolti all'età adulta (Disabilità Congenite, Disabilità Acquisite). (Allegato a pag. 23)**

La presa in carico sanitaria si affianca alla presa in carico sociale, quando necessaria, per la definizione del Progetto di Vita della Persona con Disabilità.

Lo strumento principe della presa in carico è il **Progetto di Vita (PdV)**.

Il **PROGETTO DI VITA** è quel progetto individuale che viene costruito dai servizi sociosanitari insieme con la persona interessata e con la sua famiglia cercando di dare risposte concrete ai problemi, alle istanze, ai bisogni, alle aspettative presentate mettendo al centro la persona con disabilità. Presuppone pertanto una approfondita analisi delle problematiche, ma anche delle risorse individuali ed ambientali di ogni persona presa in carico e la successiva stesura delle linee di intervento, che possono essere sia di natura sociale che sanitaria. Il PdV traccia pertanto la persona con le sue caratteristiche, la descrive nell'ambiente in cui si trova, ne delinea i riferimenti familiari e sociali e, nell'ottica del raggiungimento di un benessere complessivo, individua le necessità della persona e le sue aspirazioni cercando di strutturare, in sinergia con tutti gli operatori coinvolti, dei percorsi che siano il più possibile aderenti e adeguati alle sue necessità.

È un documento dinamico che mette al centro la persona con disabilità e ne cura la presa in carico da parte delle istituzioni con interventi mirati al raggiungimento degli obiettivi di benessere ed inclusione sociale fin dalla nascita, in modo da poter mettere in atto, in modo precoce e tempestivo, tutti gli strumenti necessari ed utili ad una ripresa funzionale delle abilità residue ovvero ad un aumento ed un superamento delle difficoltà riscontrate oltre che ad un'inclusione della persona nella realtà sociale.

È un documento dinamico in quanto deve seguire la vita di una persona con disabilità e affrontare, sia nel breve che nel lungo periodo, quelle che sono le esigenze di cura e di benessere.

È un documento dinamico perché si rinnova periodicamente ed è capace di adattarsi alle necessità delle persone che mutano nelle diverse fasi della vita, garantendo continuità nei processi. Dall'infanzia all'adolescenza passando per l'età adulta, si potrà così comprendere come meglio affrontare i passi successivi fino a strutturare quanto necessario per ogni fase di età, mettendo sempre al centro la persona con disabilità che deve diventarne la protagonista, all'interno del contesto nel quale vive con le sue abilità residue, le sue potenzialità e le sue risorse, anche familiari.

La stesura del PdV è frutto di un'interazione fra più **soggetti**:

la persona con disabilità, la sua famiglia e i servizi che l'hanno in carico.

L'attivazione di un Progetto Individuale di Vita porta ad una necessaria costruzione di interventi coordinati tra loro che, partendo dai bisogni e dalle capacità della singola persona con disabilità, ma soprattutto dai suoi desideri ed aspettative, valorizzino e sostengano, nel corso della vita, con i giusti supporti, un percorso unitario e progressivo di acquisizione di autonomie e di sempre più ampio sviluppo della persona, specie nell'ottica della partecipazione ed inclusione sociale. Tutto ciò nel rispetto della sua libertà di compiere le proprie scelte.

Strumenti per la stesura del PdV sono il Piano Assistenziale Individuale e il Piano Riabilitativo Individuale.

## Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)

Il Piano Assistenziale Individualizzato è il documento di sintesi che raccoglie e descrive, in ottica multidisciplinare, le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno, ciò con l'intento di formulare e attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona. Vi trovano spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con la persona e il nucleo familiare e/o con i caregiver della stessa, in modo da garantirne quanto più possibile la partecipazione nel processo di cura (empowerment).

Il Piano Assistenziale Individualizzato si sviluppa in quattro fasi:

1. Osservazione
2. Pianificazione
3. Erogazione dell'intervento
4. Verifica dei risultati e monitoraggio nel tempo

Gli obiettivi presenti nel PAI sono soggetti a verifica e adeguamento periodico, e per questo motivo è di fondamentale importanza la scelta di indicatori misurabili e quantificabili che possano garantire un costante monitoraggio degli interventi attuati.

## Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.)

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è volto al recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana e lavorative e all'incremento della partecipazione sociale. Deve soddisfare le esigenze della persona con una particolare enfasi sulle sue aspettative e sulla qualità di vita. Il progetto riabilitativo è quindi lo strumento per "progettare l'autonomia" e viene elaborato dall'equipe interdisciplinare insieme con la persona e la sua famiglia ed ha un responsabile che è il medico competente del caso.

L'elaborazione di un progetto consta di varie fasi:

- la valutazione volta a identificare i problemi e le loro cause
- la definizione degli obiettivi (elaborata dall'esito delle valutazioni specialistiche e delle aspettative e esigenze della persona) con la definizione dei tempi previsti per raggiungerli e i rispettivi indicatori di esito (ovvero parametri o scale cliniche che misurano e dimostrano il livello di raggiungimento degli obiettivi);
- la scelta del "setting". La scelta del "setting" riabilitativo dipende da vari fattori: grado di disabilità del paziente; condizioni cliniche; disponibilità logistiche (possibilità di trasporto o ad esempio impegni di lavoro); necessità di attrezzature; valutazione dei vantaggi e degli svantaggi di ogni setting.
- la definizione dei programmi riabilitativi o abilitativi che comprende: la definizione degli interventi; l'individuazione degli operatori; definizione delle modalità e tempi di erogazione; definizione delle misure di esito per valutare l'efficacia dei programmi.



- a causa delle compromissioni della capacità di interpretazione e di coping le persone con disabilità intellettiva possono fronteggiare in modo disadattivo o inadeguato anche le semplici esperienze quotidiane, dando vita a modelli disfunzionali che differiscono da quelli della popolazione generale ed una maggiore vulnerabilità allo stress psico sociale. Nel progetto di intervento può essere previsto un lavoro di sostegno psicologico, individuale o in piccolo gruppo, che può essere utile per incrementare la capacità di giudizio, definire l'asse identitario e l'immagine di sé ed aiutare a gestire in modo più appropriato le relazioni, i sentimenti e le emozioni. Non sempre l'uso del verbale è il punto di partenza, ma può rappresentare una tappa di un percorso che passi attraverso altri mediatori, tra cui il disegno.

Durante l'attuazione del PRI deve essere previsto un monitoraggio per potere modificare e adattare il progetto ad eventuali cambiamenti e nuove esigenze della persona. La verifica finale permette di valutare il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia del PRI.

## Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA)

Spesso le persone con disabilità (bambini o adulti) hanno difficoltà di comunicazione verbale.

La Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) è *“ogni comunicazione che sostituisce o aumenta il linguaggio verbale”*, ed è *“un'area della pratica clinica ed educativa che cerca di compensare la disabilità temporanea o permanente di individui con bisogni comunicativi complessi”*. (ASHA, 2005)

Essa utilizza tutte le competenze comunicative dell'individuo, includendo le vocalizzazioni o il linguaggio verbale residuo, i gesti, i segni e la comunicazione con ausili. (ASHA, 2005)

L'introduzione di un adeguato sistema di CAA consente:

- di sostenere e sviluppare la comprensione linguistica e comunicativa
- di facilitare l'inclusione sociale e la partecipazione
- di supportare le interazioni e le relazioni
- di prevenire e ridurre i comportamenti problematici
- di sostenere e sviluppare l'espressione comunicativa e linguistica
- di accedere ai contenuti degli apprendimenti

La CAA offre il potenziale per migliorare la comunicazione, il linguaggio e l'apprendimento.

*(Dragher, Khatrin, Light, McDoughnton, 2010)*

## QUALITÀ DELLA VITA (QdV)

Nel corso degli ultimi anni si è andato sempre più affermando, anche in campo medico, il concetto di QdV. In modo particolare, secondo Bertelli, *“Nella salute mentale l’applicazione della QdV non consiste affatto nel raggiungimento di una vita di alta qualità. Qui il concetto deve essere considerato in termini qualitativi più che quantitativi, come una modalità d’approccio al sistema paziente-persona, alternativa o integrativa a quella tradizionalmente seguita in medicina, in cui ci si riferisca alle possibilità di scegliere un percorso invece che al raggiungimento di un obiettivo.*

*Perseguire il miglioramento della QdV in una persona con problemi di salute mentale significa fare tutto il possibile per aiutarla ad essere più soddisfatta possibile della propria vita, mentre gli interventi terapeutico-riabilitativi tradizionali mirano a restituire l’integrità morfologica e funzionale compromessa dalla condizione patologica. Si tratta dunque di un sistema di riferimento di grande utilità per ogni individuo, ma soprattutto per le persone con disabilità persistenti o patologie croniche, in cui sono presenti deficit strutturali o compromissioni del funzionamento che nessun intervento può eliminare, restituendo una condizione simile a quella della maggior parte delle persone.*

*Nella disabilità intellettiva (DI) o nel disturbo dello spettro autistico a basso funzionamento (DdSA-BF) l’idea che gli interventi terapeutici e riabilitativi possano restituire un’intelligenza “normale” toglie addirittura senso agli interventi stessi, mentre il miglioramento della QdV non solo appare sempre perseguibile, ma ha la potenzialità di convogliare virtuosamente le risorse socio-sanitarie disponibili.”*

## SESSUALITÀ

*“La salute sessuale è l’integrazione degli aspetti somatici, affettivi, intellettuali e sociali dell’essere sessuato, allo scopo di pervenire ad un arricchimento della personalità umana e della comunicazione dell’essere”. (OMS)*

Si parla ormai da tempo, anche in maniera seria e approfondita, di **diritto all’affettività** anche per la **persona con disabilità intellettiva**, ma spesso le riflessioni si soffermano per lo più su principi generali ed ideologici; si affrontano aspetti legati anche a sentimenti molto profondi, ma escludendo il più delle volte l’aspetto della corporeità e le riflessioni circa la necessità di far evolvere e maturare un’identità sessuale nella persona.

La persona con deficit presenta una dimensione esistenziale complessa ed il suo diritto alla vita non può restare circoscritto all’apprendimento di funzioni specifiche, quali leggere, scrivere, saper attraversare la strada, utilizzare il denaro, cucinare, usufruire di terapie. Occorre definire un punto di riferimento identitario che prenda in esame la percezione di sé nelle più ampie sfaccettature. L’approccio al tema della sessualità nella disabilità deve essere oggetto di una riflessione profonda che vada oltre quei metodi che prevedono di dare una risposta ad un bisogno pregiudizialmente predefinito, o di operare un contenimento ai “comportamenti cosiddetti problema”, o, peggio ancora, scinderla dal resto della persona.

Al contrario, pensiamo che il potenziare un pensiero, una percezione di sé, una meta cognizione ed un’originale visione del mondo – aspetti che difficilmente possono maturare autonomamente nella disabilità, soprattutto se intellettiva – sia importantissimo, non solo per rispondere a bisogni e/o educare, ma **per promuovere consapevolezza e coscienza intenzionale.**

La sessualità non è un qualcosa che irrompe all’improvviso e **non va intesa semplicemente come attività sessuale**, ma riguarda: l’appartenenza di genere (spesso le persone con deficit sono uomini e donne trattati ancora ad ogni età come bambini asessuati); la considerazione di sé come essere desiderabile; le esperienze di relazione tattili e affettive che derivano dal contatto con gli altri, la cura e il rispetto del proprio corpo. Per tali ragioni anche l’ambiente familiare andrebbe aiutato nella capacità di cogliere questa dimensione come **un’importante spinta esistenziale e di maturazione dell’identità e del pensiero**, che va coltivata fin dalla primissima infanzia attraverso l’educazione e sostenuta con rigore e progettualità verso la vita adulta.

## ABUSO e MALTRATTAMENTO - Il panorama italiano

L'abuso sessuale su bambini e adulti con disabilità è un argomento di cui si parla poco e su cui la documentazione effettiva è scarsa. Bisogna inoltre tenere presente che spesso gli abusi sono perpetrati ai danni di persone con forme di handicap molto gravi e ciò rende la comunicazione e la valutazione ancora più difficile. Per tale motivo in Italia mancano informazioni precise e dati epidemiologicamente certi.

Quindi, per dare dei riferimenti, ci si è riferiti all'analisi effettuata a cura del Prof. **Enrico Molinari**, pubblicata su "**Maltrattamento e abuso all'infanzia**". Il Prof. Molinari ha effettuato un'analisi di tutti gli articoli del *Corriere della Sera*, usciti dal 1987 al 1997, che parlavano di violenza contro i portatori di disabilità. Grazie all'analisi di questi articoli abbiamo alcuni dati che si riferiscono alla situazione italiana.

Questi i dati emersi:

- ♦ Il **maltrattamento fisico** risulta più frequente (39%), a seguire la **trascuratezza** (33%) e l'**abuso sessuale** (28%).
- ♦ I responsabili dei reati sono i **familiari** per il 44%, seguiti dal **personale degli istituti** (33%) e dagli **estranei** (22%).
- ♦ Le vittime sono maggiormente **portatori di disabilità psichica** (56%), seguiti da chi ha una **disabilità multipla** (17%) ed infine l'11% ha un **handicap fisico** (per il 17% dei casi la disabilità non è specificata).

Molto interessante il **confronto** che è stato fatto **tra tipo di violenza e responsabile del reato**. Leggendo la tabella si può riscontrare che:

TIPO DI VIOLENZA	FAMILIARI	PERSONALE DI ISTITUTO	ESTRANEI
TRASCURATEZZA	83%	17%	0%
MALTRATTAMENTO FISICO	29%	57%	14%
ABUSO SESSUALE	0%	40%	60%

- la **famiglia** è responsabile dell'83% dei casi di trascuratezza;
- il **personale di istituto** è il maggior responsabile del maltrattamento fisico (57%);
- gli **estranei** si macchiano dell'orribile violenza dell'abuso sessuale per il 60% dei casi, contro il 40% del personale di istituto.

L'abuso fisico, psicologico e sessuale ha conseguenze che possono essere devastanti dal punto di vista psicopatologico. Tali conseguenze variano molto a seconda delle modalità con cui esso viene perpetrato sulla vittima. Ha risvolti più gravi se è reiterato negli anni, se viene accompagnato da comportamenti violenti da parte del molestatore e, infine, se incontra il silenzio e l'indifferenza delle persone che stanno intorno alla vittima.

I fattori che rendono le persone disabili più vulnerabili all'abuso sono l'isolamento sociale, l'educazione, che spesso li porta a reprimere la loro capacità di essere assertivi, la mancanza di educazione sessuale, la scarsa considerazione riservata alle testimonianze delle persone con disabilità intellettiva relativamente agli abusi subiti.

Riguardo alla diagnosi di abuso sessuale o maltrattamento su minori o persone adulte con disabilità (specialmente di tipo intellettivo e di grado grave e/o con assenza/difficoltà di comunicazione) non esistono indicatori di natura psicopatologica certi che possano ricondurre alla presenza di situazioni di potenziale abuso all'interno del contesto ambientale familiare, istituzionale, o nella rete di conoscenze.

La presenza di alcuni possibili segnali di allarme quali comportamenti fortemente sessualizzati ed un interesse eccessivo per la tematica, repentini ed evidenti segnali di ansia/irascibilità ingiustificate, ripiegamento emotivo con accentuazione di chiusura relazionale e timore dell'altro espresso anche attraverso gesti di auto protezione, segnali dissociativi, possono essere considerati elementi che andranno ulteriormente approfonditi tramite una attenta valutazione di tutti gli elementi diretti e indiretti a disposizione del clinico compreso un approfondimento psicodiagnostico.

Ogni qualvolta ci si trovi di fronte a casi di sospetto o accertato abuso, i Servizi sono tenuti a darne comunicazione all'Autorità Giudiziaria.

Per prevenire l'abuso e le sue conseguenze, è importante creare servizi che diano contemporaneamente informazioni di educazione sessuale alle persone disabili, ai loro familiari e agli operatori.

Ma questo processo di educazione sessuale è inscindibile dall'elaborazione dei vissuti emotivi legati alla disabilità e alla sessualità.

## INCLUSIONE SOCIALE

La piena inclusione sociale di una persona con disabilità, fin dalla nascita, si realizza attraverso l'azione congiunta e sinergica di una pluralità di figure professionali e non, che dovrebbero operare, ognuna con le proprie competenze, in modo diretto e partecipato in gruppi di lavoro in continua evoluzione, condividendo in modo attivo e continuo i risultati raggiunti e da raggiungere con tutti gli attori istituzionali, compresa la famiglia.

Già nel passato si sono susseguite diverse norme finalizzate a garantire il diritto della persona con disabilità ad essere integrata nel sistema sociale, ma solo con la L. 328/2000 è stato indicato, all'art. 14, in modo esplicito e per la prima volta, il diritto di poter disporre di uno strumento che riunisca, in un unico ambito progettuale, le indicazioni diagnostiche e i piani di intervento per una persona con disabilità, riferendosi sia agli aspetti sanitari, scolastici, lavorativi oltre che a quelli sociali: il PROGETTO DI VITA che ha, tra i suoi principi basilari, l'attivazione di percorsi volti a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità.

Un approccio sistemico al Progetto di vita rappresenta, inoltre, l'elemento di garanzia dei diritti e della qualità della vita, finalizzato a dare piena attuazione al principio di inclusione sociale espresso dall'art. 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Quest'ultimo prevede che ad ogni persona con disabilità venga assicurato il diritto alla piena integrazione nella comunità, garantendo pari libertà nelle scelte nonché il pieno coinvolgimento nella vita della società.

## INCLUSIONE SCOLASTICA

La storia dell'intervento a favore della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale ha visto nella sua evoluzione il susseguirsi di approcci molto diversi tra loro. Nell'Era Moderna e Contemporanea, malgrado la presenza di teorizzazioni eugenetiche e tentativi di "pulizia" etnica e razziale, sono prevalsi e si sono succeduti due diversi atteggiamenti, frutto evidente dell'evoluzione della rappresentazione sociale della persona disabile e delle iniziative del movimento delle persone disabili e delle loro famiglie:

1. quello dell'istituzionalizzazione. basato sul *custodialismo* e sull'allontanamento dai contesti sociali (Istituti lontani dai centri abitati) è stato caratterizzato da aspetti assistenziali spesso affiancati da una ingiustificata ed eccessiva medicalizzazione" nell'intervento e spesso da una marcata deprivazione sul piano della vita sociale (deprivazione sociale)

2. quello dell'*integrazione e dell'inserimento*. L'evoluzione della società ha generato l'esigenza di contrastare le diverse forme di emarginazione sociale: questo ha portato in Italia, dagli anni '70/'80, ad importanti conquiste sul piano culturale e legislativo, quali le norme di legge per l'integrazione scolastica, per l'inserimento sociale e la riduzione delle barriere, e per l'inserimento lavorativo delle persone disabili. In una parola: INCLUSIONE.

## L'inclusione scolastica come principio costituzionale e pilastro della scuola italiana.

L'inclusione scolastica non è solamente un elemento fondamentale della scuola italiana, ma anche un principio centrale della Costituzione. L'**articolo 34** della carta costituzionale italiana garantisce, infatti, il **diritto allo studio**, mentre l'**articolo 3** coniuga questo diritto con il **principio di uguaglianza**:

*“tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali dinanzi alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”.* Infine, l'**articolo 38** della Costituzione tratta esplicitamente del diritto allo studio delle persone con disabilità, affermando nello specifico che **«gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale».**

È a partire da questa impostazione inclusiva e solidaristica che, a partire dalla fine degli anni 70, in Italia si è avuto un processo di progressivo superamento istituzionale delle **scuole speciali** e delle classi differenziali. Con la **legge 118/71** e la successiva **517/77** sul tema, si è infatti in parte risolto il problema della marginalizzazione per gli alunni disabili e, di conseguenza, si è predisposta l'organizzazione per garantire l'inclusione scolastica all'interno delle “classi normali”.

Il passaggio successivo si è concretizzato con la **“Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”**, che è diventata sicuramente il punto di riferimento normativo per l'inclusione scolastica delle persone disabili. In sintesi, il principio caratterizzante dell'ormai famosa **Legge 104 del 1992** consiste nell'obbligo da parte dello Stato di rimuovere qualsiasi tipo di impedimento che possa limitare il potenziale di sviluppo della persona con disabilità. Si stabilisce così un atteggiamento di particolare attenzione e di **cura educativa** che ha trasformato tutto l'ambiente educativo e l'istituzione scolastica in generale.

Nel 2009 vengono trasmesse dal Miur le **“Linee Guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità”**. Si tratta di un documento normativo con un forte impatto sui criteri organizzativi dell'inclusione, che per certi versi può quindi rappresentare un vero e proprio spartiacque nell'evoluzione dell'integrazione scolastica in Italia.

Dal punto di vista dell'approccio al tema della disabilità, in sintesi, si prende a riferimento il modello del **International Classification of Functioning (ICF)** elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001. Si adotta quindi un approccio di tipo **“ecologico”**, ovvero che dà primaria importanza ai fattori contestuali e relazionali; la disabilità viene ad essere il risultato dell'**interazione** tra la condizione di salute di una persona e il contesto in cui si muove, che è conformato da **fattori ambientali** e **fattori personali**. La prima parte del documento ripercorre quindi l'inclusione scolastica italiana per introdurre il concetto di **contesto come risorsa**.

Nella seconda parte delle Linee Guida, invece, si tocca il tema dell'**organizzazione**, collocando l'inclusione scolastica all'interno del **processo di decentramento**. Si insiste quindi sull'importanza di piani di lavoro locali e provinciali, della collaborazione tra istituti scolastici ed enti locali e sulla necessità di fare rete tra scuole nel territorio.

Viene introdotta la figura dell'insegnante di sostegno che non deve essere visto come l'unica figura a cui viene delegata l'inclusione delle persone con disabilità. Al contrario, sono tutti i docenti a dover prendere in carico il processo di insegnamento-apprendimento e di valutazione delle persone con disabilità.

Attraverso il documento denominato **Piano Educativo Individualizzato (PEI)** tutto il progetto educativo viene organizzato e calibrato in base alle esigenze dello studente.

Tra i soggetti coinvolti nella stesura del PEI, oltre ai docenti della classe, all'insegnante di sostegno e alle strutture sanitarie (in Asl4 Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) che seguono lo studente, c'è anche la famiglia.

Sempre in Asl4 l'inclusione scolastica è integrata, per la competenza motoria e prescrizione ausili, dalla Riabilitazione Infantile. Questa infatti comprende anche l'individuazione e la prescrizione di ausili a carico del Comune di appartenenza, da utilizzarsi in sede scolastica, nonché l'informazione e l'addestramento d'uso agli insegnanti, educatori e personale di sostegno. In ambito scolastico l'estensione del progetto riabilitativo individuale prevede la presenza degli operatori che seguono il minore per il sostegno delle abilità funzionali residue e della autonomia. Questo comporta anche il supporto per l'abbattimento delle barriere architettoniche ove presenti. Tale attività, fondamentale per il sostegno dello sviluppo e dell'autonomia, è garantita a tutti i pazienti affetti da disabilità motoria seguiti dalla Riabilitazione Infantile

*L'inclusione è un **fenomeno biunivoco**, in cui non solo il compagno disabile si adatta al comportamento dei compagni non disabili, ma anche l'intera classe deve sforzarsi di adattarsi e comprendere la disabilità del compagno, imparando e cambiando mediante l'esperienza con le persone con disabilità e viceversa.*

## AGEVOLAZIONI E CONTRIBUTI IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

*La Costituzione italiana intende tutelare la dignità umana con uno spirito di solidarietà di tutti i cittadini nei confronti di coloro riconosciuti meritevoli di tutela per effetto di minorazioni congenite o acquisite.*

*In particolare, l'assistenza sociale dei minorati civili si esprime con protezioni economiche (pensioni, assegni e indennità) e non economiche (agevolazioni fiscali, assistenza sanitaria, permessi ex legge 104/1992 o collocamento obbligatorio al lavoro l. 68/99).*

Di seguito alcune definizioni tratte dalla normativa:

### ◆ **Mutilati e invalidi civili**

Sono considerati mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo (compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico o per insufficienze mentali dovute a difetti sensoriali e funzionali), che hanno subito una riduzione permanente della capacità lavorativa di almeno un terzo o, se minori, con persistenti difficoltà nel fare i compiti e nelle funzioni proprie della loro età.

Il grado minimo per la qualifica di invalido civile è di un terzo (33%) della riduzione permanente di capacità lavorativa, determinato da una tabella approvata con decreto del Ministro della Sanità del 5 febbraio 1992

### ◆ **Ciechi civili**

Sono considerati ciechi civili i soggetti affetti da cecità totale o con residuo visivo non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi, per causa congenita o contratta, indipendente dalla guerra, da infortunio sul lavoro o dal servizio.

I ciechi civili si distinguono nelle seguenti categorie (legge n. 138 del 3 aprile 2001):

- \* ciechi assoluti, con residuo visivo pari a zero in entrambi gli occhi, anche con correzione;
- \* ciechi parziali, con residuo visivo non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (ciechi ventesimisti);
- \* ciechi decimisti, con residuo visivo compreso tra un decimo e un ventesimo in entrambi gli occhi. La legge 66/1962 ha abolito l'indennità, mantenendola solo per i ciechi decimisti già in possesso del diritto alla prestazione.

### ◆ **Sordi**

Sono considerati sordi i minorati sensoriali dell'udito affetti da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva (fino a 12 anni) tale da impedire il normale apprendimento del linguaggio parlato e solo per sordità non esclusivamente psichica o causata da guerra, lavoro o servizio.

L'impedimento del normale apprendimento del linguaggio parlato deve essere causato da ipoacusia di almeno 75 decibel di HTL di media tra le frequenze 500, 1.000, 2.000 Hz nell'orecchio migliore.

Il requisito per la concessione della pensione prevede una soglia uditiva di ipoacusia di almeno 75 decibel. Se la perdita uditiva risulta inferiore o non sia dimostrabile il periodo di avvento dell'ipoacusia, la valutazione sanitaria segue i criteri dell'invalidità civile.

## Il Nomenclatore tariffario delle protesi ed ausili

Il **DM 27 agosto 1999 n. 332** (sostituito dal DPCM 12 gennaio 2017 che definisce i nuovi LEA), prevede che il servizio sanitario nazionale garantisca alle persone riconosciute invalide o in attesa di riconoscimento dell'invalidità le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici.

Il decreto individua nel dettaglio le categorie di persone con diritto all'assistenza protesica, le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi riportati negli elenchi 1, 2 e 3 del nomenclatore tariffario e le modalità di erogazione.

- ⇒ L'elenco n. 1 del nomenclatore contiene i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di fabbricazione continua o di serie che necessitano di essere specificamente individuati e allestiti a misura o la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato su prescrizione di un medico specialista.
- ⇒ L'elenco n. 2 del nomenclatore contiene i dispositivi (ausili tecnici) di serie, la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato.
- ⇒ L'elenco n. 3 del nomenclatore contiene gli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende sanitarie locali ed assegnati in uso all'assistito.

La prescrizione, prova e collaudo nonché l'addestramento d'uso sono garantiti dai Servizi di riferimento.

## La legge 104 del 1992

*La legge 104/92 prevede diverse agevolazioni che variano dai permessi retribuiti dal lavoro, al congedo straordinario, alla scelta della sede di lavoro, alle agevolazioni fiscali di varia natura riconosciute per l'acquisto di determinati beni, ma tra i principali benefici ci sono sicuramente i permessi retribuiti dal lavoro che possono essere usufruiti sia dalla persona affetta da disabilità grave o da chi presta assistenza al disabile.*

I permessi possono essere richiesti solo quando il soggetto che li richiede o per il quale si richiede, non sia ricoverato a tempo pieno in una struttura specializzata.

*I soggetti che possono beneficiare dei permessi retribuiti sono:*

- ◆ disabili con contratto individuale di lavoro dipendente: sono inclusi anche i lavoratori in modalità part-time, sono invece esclusi i lavoratori autonomi e quelli parasubordinati, i lavoratori agricoli a tempo determinato occupati in giornata, i lavoratori a domicilio e quelli addetti ai lavori domestici e familiari;
- ◆ genitori lavoratori dipendenti: madre e/o padre biologici, adottivi o affidatari di figli disabili in situazione di gravità anche non conviventi;
- ◆ coniuge lavoratore dipendente, parte dell'unione civile, convivente di fatto (art. 1, commi 36 e 37, legge 76/2016);
- ◆ parenti o affini entro il II grado lavoratori dipendenti: figli, nonni, nipoti, fratelli, suoceri, generi, nuore, cognati del soggetto disabile con lui conviventi;
- ◆ parenti o affini entro il III grado lavoratori dipendenti: zii, nipoti, bisnonni, bisnipoti nel caso in cui genitori o coniuge siano ultrasessantacinquenni ovvero in caso di mancanza, decesso o patologie invalidanti degli altri soggetti sopra individuati.

*Oltre ai permessi retribuiti, la legge 104/92 prevede altre agevolazioni nel lavoro per chi assiste i disabili, come la scelta della sede di lavoro, il congedo straordinario, il rifiuto del lavoro notturno e/o nei festivi.*

## Brevi descrizioni per quanto attiene le più importanti agevolazioni di carattere fiscale

Si riportano delle brevi descrizioni:

### **Agevolazione per l'acquisto di veicoli**

Per quanto riguarda l'acquisto dell'auto da parte di un soggetto disabile, la normativa prevede 4 tipologie di benefici, tra loro cumulabili:

- detrazione Irpef pari al 19% del costo del veicolo;
- pagamento dell'IVA sull'acquisto del veicolo in misura ridotta, pari al 4%;
- esenzione dal bollo auto perpetua;
- esonero dal pagamento dell'imposta di trascrizione sui passaggi di proprietà.

Gli incentivi sono validi non solo per le autovetture, ma anche per alcuni autoveicoli specifici e per il trasporto promiscuo, autocaravan, motocarrozze, motoveicoli per il trasporto promiscuo e specifici; oltretutto per l'acquisto, i benefici possono essere fruiti anche per la riparazione. Non tutti i disabili possono usufruire, però, di queste agevolazioni, ma solo le seguenti categorie:

- ◆ sordi e non vedenti
- ◆ portatori di handicap grave secondo la Legge 104, qualora si tratti di disabili psichici o mentali titolari d'indennità di accompagnamento, o di disabili affetti da pluriamputazioni, o con capacità di deambulazione notevolmente limitata
- ◆ soggetti disabili con capacità motorie ridotte o assenti.

### **Rimborso per modifica strumenti di guida**

*L'art. 27 della Legge 104 prevede contributi alla spesa per la modifica agli strumenti di guida, nella misura del 20%, a favore dei titolari di patente A,B o C speciali, con incapacità motorie permanenti.*

### **Detrazione Irpef per figlio disabile a carico**

Se si ha un figlio a carico portatore di handicap grave secondo la Legge 104, l'ordinaria detrazione Irpef per figli a carico spettante è aumentata.

### **Deduzione dal reddito delle spese mediche generiche e di assistenza specifica**

Un altro beneficio, valido sia per i disabili che per i familiari che li abbiano a carico, è l'integrale deduzione dal reddito dei seguenti costi:

- spese mediche generiche (come, ad esempio, l'acquisto di medicinali);
- spese di assistenza specifica. Rientrano nella categoria l'assistenza infermieristica e riabilitativa, le prestazioni fornite dal personale in possesso della qualifica di OSS, addetti all'assistenza di base, coordinatori delle attività assistenziali di nucleo, educatori professionali, addetti all'attività di animazione e di terapia occupazionale.

## Detrazione dall'Irpef delle spese sanitarie per i disabili

Beneficiano di una detrazione del 19% dall'Irpef:

- le spese mediche specialistiche sostenute per il disabile;
- l'acquisto di mezzi d'ausilio alla deambulazione;
- l'acquisto di poltrone per inabili e minorati, di apparecchi correttivi e di ulteriori ausili specifici.

Anche in questo caso, tali spese possono essere detratte sia dal soggetto portatore di handicap, che dai familiari che lo hanno a carico.



## Detrazione dall'Irpef delle spese sanitarie per i disabili

Beneficiano di una detrazione del 19% dall'Irpef:

- le spese mediche specialistiche sostenute per il disabile;
- l'acquisto di mezzi d'ausilio alla deambulazione;
- l'acquisto di poltrone per inabili e minorati, di apparecchi correttivi e di ulteriori ausili specifici.

Anche in questo caso, tali spese possono essere detratte sia dal soggetto portatore di handicap, che dai familiari che lo hanno a carico.

## Detrazione dall'Irpef dei costi per l'abbattimento delle barriere architettoniche

L'eventuale adattamento di un ascensore, la costruzione di rampe e l'abbattimento di barriere architettoniche in genere, se a favore di un disabile, beneficiano della detrazione dall'Irpef pari al 36% dei costi. Dato che, però, l'attuale bonus per gli interventi di ristrutturazione è più alto la detrazione al 36% può essere richiesta soltanto sull'eventuale eccedenza della quota di spesa per la quale è stata già domandata l'agevolazione per ristrutturazione edilizia. Anche in questo caso, la detraibilità è valida per il parente che ha in carico il disabile, o, in alternativa, per il soggetto stesso.

## Detrazione dall'Irpef dei costi di assistenza per i soggetti non autosufficienti

I soggetti non autosufficienti, se la condizione risulta da un'apposita certificazione medica e a prescindere dal possesso di handicap, possono detrarre dall'Irpef il 19% delle spese per l'assistenza.

L'agevolazione, fruibile anche dai familiari che hanno a carico questi soggetti, può essere cumulata con la deduzione dei contributi versati ai lavoratori domestici.

## Agevolazione Legge 104 per l'acquisto di PC e sussidi informatici

Sono previsti degli incentivi per l'acquisto di mezzi tecnici ed informatici a beneficio dei portatori di handicap grave secondo la Legge 104.

Le apparecchiature devono essere atte a facilitare la comunicazione, l'elaborazione scritta o grafica, il controllo dell'ambiente, l'accesso all'informazione e alla cultura. Sono agevolabili, ad esempio, computer, modem, tablet, etc.

I benefici consistono, nel dettaglio:

- in una detrazione dei costi dall'Irpef pari al 19%;
- nell'applicazione dell'IVA agevolata al 4%.

## Altre agevolazione fiscali per disabili

Ricordiamo, tra i residui benefici fiscali per i disabili, l'agevolazione forfettaria per l'acquisto e il mantenimento di un cane guida, l'esenzione dalla tassa sulle imbarcazioni, il trattamento di vantaggio sull'imposta sulle successioni e le donazioni (ossia l'applicazione di una franchigia pari a un milione e mezzo di euro), l'aliquota IVA al 4% per l'acquisto di prodotti editoriali specifici (con supporti audio o scrittura braille)

## Ape sociale per chi assiste disabili gravi

Chi assiste da almeno 6 mesi un familiare convivente di 1° grado portatore di handicap grave, se ha almeno 63 anni di età e 30 anni di contributi può chiedere l'Ape sociale: si tratta di un assegno che spetta sino al perfezionamento del requisito di età per la pensione di vecchiaia.

## Reddito di cittadinanza per disabili beneficiari della Legge 104

*Il decreto sul reddito di cittadinanza definisce le persone con disabilità come coloro che sono considerati disabili ai fini Isee.*

I disabili, nell'accesso al reddito di cittadinanza o alla pensione di cittadinanza, ricevono benefici aggiuntivi:

- ◆ la scala di equivalenza è aumentata a 2,2 per le famiglie con disabili gravi o non autosufficienti;
- ◆ la pensione di cittadinanza spetta non solo ai nuclei con componenti over 67, ma anche con disabili;
- ◆ i massimali relativi al patrimonio mobiliare familiare sono incrementati di 5mila euro per ogni componente con disabilità, come definita a fini Isee, presente nel nucleo, e di 7500 euro per ogni componente in condizione di disabilità grave o di non autosufficienza;
- ◆ i disabili, come definiti ai fini del collocamento mirato, non sono obbligati ad attenersi alle misure di politica attiva del lavoro, obbligatorie per ottenere il sussidio nella generalità dei casi (fruiscono, comunque, delle misure di collocamento mirato e di tutele particolari).

## Contributo Inps Home Care Premium

Il programma Inps Home Care Premium, si rivolge ai soli dipendenti e ai pensionati pubblici, ai loro coniugi, parenti o affini di primo grado non autosufficienti e consente l'ottenimento di prestazioni economiche e/o professionali finalizzate all'assistenza della persona disabile.

## La Legge 68 del 1999

***“Norme per il diritto al lavoro dei disabili” ha come scopo quella di favorire l'integrazione delle persone appartenenti alle categorie protette nel mondo del lavoro tramite un collocamento che sia utile e mirato.***

Per questo motivo la Legge stabilisce l'obbligo per i datori di lavoro pubblici e privati con più di 15 dipendenti di assumere una quota di lavoratori disabili. Per ogni assunzione il datore di lavoro potrà accedere ad agevolazioni economiche e a supporti di tipo tecnici e consulenziali. Tali benefici possono cumularsi, ma non si può eccedere in alcun modo il 100% della retribuzione a carico del datore di lavoro. Le indicazioni su come devono avvenire le assunzioni sono regolate non solo dalla Legge 68/99, ma anche da diverse circolari che l'INPS ha emanato negli ultimi anni.

I soggetti beneficiari che rientrano nelle categorie protette previste dalla Legge 68/99, sono:

- ◆ le persone in età lavorative affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e i portatori di handicap intellettuale, che comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, accertata dalle commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile;
- ◆ gli invalidi del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33% accertato dall'INAIL;
- ◆ i non vedenti o i sordomuti di cui alle leggi n. 38 e 381 del 1970;
- ◆ gli invalidi di guerra, invalidi civili di guerra, invalidi per servizio con minorazioni ascritte dalla prima alla ottava categoria del T.U. sulle pensioni di guerra;
- ◆ le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata ed i loro familiari (legge n.407/ 23.11.98).

*Tuttavia, affinché queste persone possano accedere ai benefici introdotti dalla Legge 68/1999 è necessario che si trovino in uno stato di disoccupazione e siano iscritti agli appositi elenchi per il collocamento obbligatorio.*

*In riferimento all'Accordo tra Governo e Regioni del 22 gennaio 2015, "Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione", nell'ambito delle azioni per favorire l'inclusione sociale previste dalla legge regionale 24 maggio 2006, n. 12, la D.G.R. 283 del 2017 fornisce gli indirizzi e le modalità operative per l'attivazione e la gestione nel territorio regionale di tali percorsi di inclusione.*

*I destinatari dei percorsi di attivazione ed inclusione sociale sono i soggetti svantaggiati di cui all'art. 4, comma 1, della Legge 8/11/1991 n. 381, i disabili di cui alla L. 12/3/1999 n. 68, nonché le persone in carico ai servizi sociali o sociosanitari pubblici territoriali fra cui le persone con povertà estreme per le quali si sia definito un percorso educativo/socio terapeutico d'inserimento o reinserimento sociale.*

Alla luce delle valutazioni effettuate in merito alla specifica condizione individuale e sociale nonché alla concreta possibilità di integrazione e/o re-integrazione sociale e/o lavorativa, i competenti servizi pubblici territoriali possono attivare a favore delle persone in carico i seguenti percorsi di recupero:

- a) **percorsi integrati di inclusione socio-lavorativa:** sono attivabili a favore di quelle persone per le quali è prevedibile il recupero di abilità lavorative tali da consentirne il successivo inserimento occupazionale attraverso un percorso tutelato di acquisizione di capacità di adattamento all'ambiente e di avvicinamento al mondo del lavoro;
- b) **percorsi integrati di formazione in situazione:** sono attivabili a favore di quelle persone per le quali i servizi pubblici ritengano utile attivare esperienze formative in situazione con l'obiettivo di acquisire capacità relazionali e professionali propedeutiche ad un successivo percorso di inserimento lavorativo. Sono strumenti particolarmente duttili nel caso di soggetti portatori di bisogni di crescita individuale ancora in parte indeterminati in quanto consentono loro di acquisire ruolo e identità sociale;
- c) **percorsi integrati di socializzazione:** sono attivabili a favore di quelle persone che, sebbene all'avvio del percorso, presentino condizioni personali tali da non consentire loro di raggiungere i requisiti minimi per un effettivo inserimento lavorativo, dimostrano comunque un'adeguatezza comportamentale e relazionale tali da trarre un concreto beneficio da un'attività di socializzazione svolta in ambiente di lavoro;
- d) **percorsi di inclusione sociale attiva:** sono attivabili a favore di persone in stato di disagio sociale e a rischio di esclusione. Nell'ambito di questo percorso, a fronte di un sostegno economico, viene richiesto alla persona un impegno a svolgere attività di pubblica utilità, a partecipare ad attività di socializzazione e/o percorsi di formazione volti a garantire un recupero delle autonomie sociali e un minimo livello di sussistenza.

***Ognuno dei percorsi di cui sopra prevede, per l'attivazione, la predisposizione della Convenzione che regola i rapporti tra i soggetti coinvolti e del Progetto personalizzato individuale.***

In questo specifico settore, sul territorio di Asl4, opera il Servizio Inserimento Lavorativo (SIL) della S.S.D. Disabilità Congenite; in particolare si occupa dell'avviamento e inserimento lavorativo di persone con disabilità esito di una patologia neuropsichiatrica infantile (Cerebropatie, Disabilità Intellettive, Disturbi dello Spettro Autistico a basso funzionamento, Paralisi Cerebrali Infantili ecc.).

## Si riportano i più importanti strumenti economici dedicati all'assistenza, al sostegno e all'apprendimento per le persone con disabilità

### Il Fondo per la Non Autosufficienza (FNA)

È uno strumento predisposto per razionalizzare e valorizzare le risorse economiche ed organizzative a sostegno delle persone non autosufficienti e disabili.

Le misure che derivano dal FNA intervengono in maniera coerente, complementare e integrata con gli interventi sociali gestiti dai Comuni e gli interventi sociosanitari e sanitari gestiti dalle Asl/Distretti Sanitari integrando gli aiuti in un unico piano assistenziale individuale, onde evitare all'utente la frammentazione dei percorsi assistenziali.

Il Fondo finanzia prioritariamente gli interventi di tipo sociale per il sostegno familiare domiciliare, al fine di consentire ad una persona fragile la permanenza nel suo ambiente di vita, evitando il ricorso a ricoveri ospedalieri impropri ed istituzionalizzazioni non desiderate, ad. esempio assumere un'Assistente Familiare per l'assistenza alla persona a domicilio.

Tra questi troviamo:

- ◆ **Progetti di vita indipendente:** i beneficiari sono le persone disabili, con capacità di esprimere direttamente o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà, di età compresa tra i 18-65 anni in possesso della certificazione di gravità, con presentazione dell'ISEE per prestazioni sociosanitarie inferiore o uguale a 25.000,00 euro.
- ◆ **Disabilità gravissima:** prevede l'erogazione di misure e interventi a sostegno della domiciliarità, sulla base di un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), finalizzata all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o fornitura degli stessi da parte dei familiari. È previsto un contributo per l'assistenza indiretta fino ad un massimo di euro 1.200.
- ◆ **Dopo di noi:** prevede contributi rivolti a persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, finalizzati alla realizzazione di progetti a copertura di interventi infrastrutturali e a copertura di progetti individuali.
- ◆ **Fondo Regionale per la non autosufficienza:** prevede l'erogazione di una misura economica per un importo pari ad € 350,00 mensili, finalizzata al mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti.

*L'accesso agli interventi di cui sopra avviene attraverso la valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Distretto Sociosanitario o Equipe Sovradistrettuale specifica. Per informazioni sul servizio ci si può rivolgere ai Punti Unici di Accesso (PUA), URP o Sportelli Unici di Distretto.*

### Misure di sostegno

- ◆ **L'Assegno unico e universale**  
è un sostegno economico alle famiglie attribuito per ogni figlio a carico fino al compimento dei 21 anni (al ricorrere di determinate condizioni) e senza limiti di età per i figli disabili. L'importo spettante varia in base alla condizione economica del nucleo familiare sulla base di ISEE valido al momento della domanda, tenuto conto dell'età e del numero dei figli nonché di eventuali situazioni di disabilità dei figli.
- ◆ **Bonus genitori single monoreddito o disoccupati**  
Con la LEGGE 30 dicembre 2020, n.178, viene istituito un Fondo destinato a genitori single disoccupati o monoreddito. L'assegno, che può arrivare fino a 500 euro, è un contributo mensile riconosciuto in presenza di figli con disabilità.

### Piattaforma nazionale per il contrassegno disabili

Con il Decreto-Legge 16 luglio 2020, n. 76 ("D.L. Semplificazioni") viene istituita una piattaforma unica nazionale informatica che consenta la verifica delle targhe associate ai permessi di circolazione dei titolari di Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE), rendendo interoperabili le banche dati comunali.

La piattaforma viene istituita al fine di agevolare la mobilità (es: accesso a ZTL di comuni diversi da quello di residenza) sull'intero territorio nazionale delle persone titolari dei contrassegni.

### Fondo per spazi riservati alla sosta delle persone con disabilità

Istituito presso: Ministero delle infrastrutture e dei trasporti

Con la LEGGE 30 dicembre 2020, n.178, viene istituito un fondo di 3 milioni di euro per il 2021 e di 6 milioni di euro per il 2022 in favore dei comuni che provvedono a istituire spazi riservati destinati alla sosta gratuita dei veicoli adibiti al trasporto di persone con limitata o impedita capacità motoria muniti di contrassegno speciale, oppure al trasporto delle donne in stato di gravidanza.

### Interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche

Con il Decreto-Legge 16 luglio 2020, n. 76 ("D.L. Semplificazioni") gli interventi all'interno dei condomini per l'abbattimento delle barriere architettoniche sono da considerarsi, in tutti i casi, non voluttuari. Per la loro realizzazione resta fermo unicamente il divieto di interventi che possano recare pregiudizio alla stabilità o alla sicurezza del fabbricato.

## Scuola

### Insegnanti di sostegno Istituiti presso: Ministero dell'istruzione.

Con la Legge 30 dicembre 2020, n. 178, viene rifinanziato il Fondo destinato all'incremento del personale docente destinato all'autonomia.

### Dispositivi e strumenti digitali individuali per la fruizione delle attività di didattica digitale integrata.

Con la Legge 30 dicembre 2020 n. 178, viene aumentato di 85 milioni di euro il Fondo per l'acquisto di dispositivi e strumenti digitali individuali da utilizzare per le attività di didattica digitale integrata e destinati ad alunni con disabilità.

### Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità

Si tratta di fondi assegnati alle regioni, province, città metropolitane e comuni che esercitano le funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali che frequentano le scuole.

## La patente di guida speciale

La patente speciale è il certificato di idoneità rilasciato, a seguito di visita presso un'apposita Commissione Medica Locale, a persone affette da minorazioni anatomiche, funzionali o sensoriali, per la guida di veicoli opportunamente modificati in funzione delle proprie patologie (o di veicoli che comunque presentino caratteristiche costruttive tali da non rendere necessario uno specifico adattamento).

Anche chi sia stato colpito da disabilità in un momento successivo al conseguimento della patente, per non perdere la validità della stessa, deve sottoporsi ad apposita visita medica per ottenere il rilascio della patente speciale.

La normativa che disciplina la patente speciale è principalmente contenuta nel Nuovo Codice della Strada (D.Lgs. 285/1992 con successive modificazioni) e nel Regolamento di esecuzione ed attuazione del Codice della Strada (D.Lgs. 495/1992).

Tali norme si applicano sia nel caso di conseguimento (rilascio) della patente speciale, sia per la conferma di validità (rinnovo) sia, infine, per la revisione della stessa. Inoltre, è bene sapere che per poter usufruire di alcune agevolazioni fiscali (Bollo, IPT, IVA) occorre sempre presentare copia della patente di guida speciale o copia del cosiddetto foglio rosa speciale (autorizzazione per esercitarsi alla guida) da cui risulti la prescrizione di guida con adattamenti.

Se si vuole conseguire, rinnovare o ottenere la revisione della patente speciale, si deve richiedere la prenotazione della visita di idoneità all'ufficio competente della Azienda Usl.

I medici legali addetti possono richiedere eventuali accertamenti specialistici necessari per il giudizio in sede di Commissione Medica Locale.

Dopo aver ottenuto il certificato medico o il foglio rosa, si possono preparare gli esami teorici e pratici, con la medesima pratica d'esame delle patenti generiche. L'esame dovrà essere sostenuto con un veicolo, di proprietà o di terzi, adattato in base alla propria minorazione secondo le prescrizioni della Commissione. Nel corso dell'esame verrà verificata l'idoneità degli adattamenti e la capacità di usarli con destrezza.

La patente speciale verrà rilasciata al termine della prova di guida e riporterà gli adattamenti definitivi che devono essere presenti sul veicolo; si potranno guidare solo i veicoli dotati di tali dispositivi.

## Patente di guida - esame teorico per persone con diagnosi DSA

**In base al Decreto MIMS - 01/06/2021 -**

Candidati DSA: patenti A1, A2, A, B1, B, BE o CQC avente ad OGGETTO:

*“Disposizioni in materia di strumenti compensativi per candidati con diagnosi di DSA in sede di prova di controllo delle cognizioni per il conseguimento di una patente di guida di categoria A1, A2, A, B1, B, BE, o di un certificato di abilitazione professionale di tipo carta di qualificazione del conducente” e ss.mm.ii.*

Il CED della Direzione generale per la motorizzazione e per i servizi ai cittadini e alle imprese in materia di trasporti e navigazione, acquisita l'informazione della presenza di certificazione di diagnosi DSA, organizza la prova di controllo delle cognizioni teoriche, con sistema informatizzato, dedicate a candidati con certificazione di diagnosi DSA nelle quali, ferma restando ogni altra disposizione vigente relativa alle modalità di svolgimento della predetta prova, per le patenti di categoria A1, A2, A, e di categoria B1, B e BE:

- a) il candidato dispone di quaranta minuti, invece di trenta minuti;
- b) il candidato ha diritto all'ausilio del file audio dei quiz che gli sono sottoposti.

#### **S.S.D. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)**

#### **S.S.D. Riabilitazione Infantile**

#### **S.S.D. Disabilità Congenite**

#### **S.S.D. Riabilitazione Territoriale, disabilità acquisite e percorsi integrati ospedale e territorio**

### **S.S.D. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)**

La NPIA si rivolge a bambini, adolescenti e alle loro famiglie; si avvale di una équipe multidisciplinare, costituita da diverse figure professionali sanitarie e sociali (neuropsichiatra infantile, psicologo, pedagogista, neuropsicomotricista, fisioterapista, logopedista, assistente sociale e amministrativi), che svolgono la loro attività nei tre poli (Chiavari, Sestri Levante, Rapallo ), della Asl n. 4 Ligure.

Svolge le seguenti attività:

- ◆ Prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neuropsichiatriche infantili
- ◆ Prestazioni specialistiche neuropsichiatriche dell'infanzia e adolescenza
- ◆ Riabilitazione ambulatoriale con possibilità di accessi domiciliari a scopo valutativo
- ◆ Consulenza e attività di supporto alla famiglia e all'utente con la presa in carico precoce del minore con patologia di pertinenza neuropsichiatrica infantile
- ◆ Consulenza specialistica alle strutture prescolastiche e scolastiche di ogni ordine e grado (L104/92, DPR 24/2/94) ed altre agenzie educative
- ◆ Prescrizioni, per l'Ufficio Assistenza Protesica, per gli ausili di competenza
- ◆ Collaborazione con gli Enti Locali e gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori in carico al nostro Servizio
- ◆ Programmazione e formulazione dei progetti abilitativi-riabilitativi integrati con gli Enti Locali e in sinergia con le strutture accreditate
- ◆ Ambulatorio specialistico sovradistrettuale per la diagnosi dei Disturbi dello Spettro Autistico con sede a Rapallo
- ◆ Disturbi Specifici di Apprendimento (D.S.A.)
- ◆ Inserimento in strutture private accreditate di tipo riabilitativo o socio-riabilitativo (ammissioni, proroghe, dimissioni)
- ◆ Valutazione sanitaria per accesso al FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza) e per le Disabilità Gravissime
- ◆ Partecipazione alle Unità di Valutazione Multidisciplinare
- ◆ Segnalazione ai servizi per adulti per la continuità assistenziale (S.S.D Disabilità Congenite, S.C. Salute Mentale, SERT)
- ◆ Attività permanente di aggiornamento e di formazione professionale
- ◆ Processo di Accreditamento Regionale e di certificazione, mantenimento degli standard del Sistema Certificatorio della Asl4 e dell'accREDITamento regionale.

## S.S.D. Riabilitazione Infantile

La Riabilitazione Infantile è composta da medici fisiatri e fisioterapisti esperti per patologie neuromotorie, ortopediche e respiratorie in età neonatale e pediatrica.

Le attività sono svolte in sede ambulatoriale e vengono integrate in sede domiciliare, scolastica ed ospedaliera.

Oltre agli interventi di diagnosi e di abilitazione-riabilitazione, una componente rilevante dell'attività è rivolta alla prevenzione e intervento precoce delle patologie neurologiche e ortopediche dell'età neonatale ed evolutiva.

È garantita la prescrizione a tutti i minori che ne necessitino, non necessariamente invalidi, di ortesi ed ausili ed il loro addestramento e monitoraggio nell'utilizzo, in ambito familiare, scolastico, sportivo o del tempo libero. Tale attività è garantita anche a chi è seguito presso la NPIA o in regime accreditato.

È svolta attività di ricerca e aggiornamento continui per tutte le patologie seguite, con redazione di procedure interne ed attività formativa agli insegnanti delle scuole al fine di promuovere la prevenzione di disarmonie posturali e sostenere l'accrescimento.

Gli operatori sono docenti e tutor per il Corso di Laurea in Fisioterapia e affiancano i tirocinanti specializzandi in Medicina Fisica e Riabilitativa.

La elevata competenza degli operatori assicura il percorso diagnostico-riabilitativo più appropriato alla patologia ed all'età funzionale e la sua aderenza alle indicazioni fornite dalle strutture dimettenti o invianti.

Gli interventi multidisciplinari vengono svolti in via coordinata con la NPIA e integrati, per le rispettive competenze, nel Progetto Riabilitativo Individuale del paziente. È supportata la continuità assistenziale e la presentazione del caso nel passaggio al Servizio Riabilitativo per adulti, con apposita procedura.

## S.S.D. Disabilità Congenite

La Struttura si rivolge alle persone adulte con disabilità, insorta in età evolutiva, che hanno adempiuto all'obbligo scolastico-formativo; i cittadini vengono indirizzati alla Struttura Disabilità Congenite prevalentemente dai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza.

La S.S.D. Disabilità Congenite si avvale di una Equipe integrata sociosanitaria costituita da diverse figure professionali sanitarie e sociali (Neuropsichiatra Infantile – Psicologo – Pedagogista – Educatore Professionale – Assistente Sociale).

Svolge le seguenti attività:

- ◆ Valutazione clinica, sociale, psicologica e pedagogico-educativa finalizzata all'elaborazione e alla realizzazione del progetto di vita della persona con disabilità
- ◆ Consulenza alla persona con disabilità e alla sua famiglia
- ◆ Supporto pedagogico per il sostegno educativo-didattico.
- ◆ Attuazione di progetti di assistenza domiciliare educativa disabili.
- ◆ Consulenza informativa da parte dell'Assistente Sociale in merito alla tutela giuridica (ADS), pratiche medico legali (Invalidità civile, Legge 104/92, Legge 68 del 99)
- ◆ Segnalazione al Servizio Inserimento Lavorativo (**SIL**) della S.S.D. Disabilità Congenite per l'attivazione di progetti di inserimento lavorativo.
- ◆ Inserimento in strutture convenzionate di tipo riabilitativo o socio-riabilitativo (ammissioni, proroghe, dimissioni).
- ◆ Consulenza ad Enti Locali e ad altre Agenzie per l'elaborazione di progetti integrati.
- ◆ Progetto Vita Indipendente – Progetto Gravissime Disabilità.



- ◆ Valutazione sanitaria per il FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza).
- ◆ Partecipazione alle Unità di Valutazione Multidisciplinare e all'Equipe Integrata Sovradistrettuale Disabili.
- ◆ Attività in materia di autorizzazioni al funzionamento e di vigilanza per le strutture di riabilitazione e assistenza socio riabilitativa in collaborazione con l'Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica e gli Enti Locali.
- ◆ Iter amministrativo per la concessione dei contributi Regionali per la modifica degli strumenti di guida e per l'adattamento degli autoveicoli per persone con disabilità.
- ◆ Valutazione e certificazione Disturbi Specifici di Apprendimento (D.S.A.) su soggetti adulti.

***E inoltre comprende:***

**Servizio di Inserimento Lavorativo Disabili (SIL)**

Costituito da un'equipe multidisciplinare, si occupa dell'avviamento e dell'inserimento lavorativo di persone disabili, con invalidità civile superiore al 46% che hanno adempiuto agli obblighi scolastici e, in molti casi, hanno fruito di una formazione professionale; intende inoltre aiutare i datori di lavoro, con consulenze sugli strumenti di mediazione e sulla legislazione vigente. Poiché per l'addestramento lavorativo e per il completamento della formazione personale e professionale del disabile sono necessari tempi lunghi e specifici strumenti di mediazione, il SIL si avvale di questi strumenti operativi:

- percorsi integrati di inclusione Socio lavorativa
- percorsi integrati in Situazione
- percorsi integrati di Socializzazione

Il Comune di residenza provvede a coprire gli aspetti assicurativi (RCT e INAIL), e di norma ad erogare un incentivo economico mensile, e si occupa degli altri aspetti quali trasporto, mensa, ecc.

**Assistenza Domiciliare Educativa Disabili (ADED)**

Progetto a sostegno della domiciliarità. Attività di rete a sostegno del cittadino e della sua famiglia. L'attività educativa e socializzante è attuata al fine di promuovere il Progetto di Vita personalizzato.

## S.S.D. Riabilitazione Territoriale, disabilità acquisite e percorsi integrati ospedale e territorio

La Struttura ha come funzione principale quella di seguire i percorsi riabilitativi delle persone adulte con disabilità acquisite conseguenti a patologie neurologiche (quali ictus, traumi cranio-encefalici, anossie cerebrali, traumi vertebro-midollari, malattie neurodegenerative croniche come Parkinson e parkinsonismi) o patologie ortopediche traumatologiche, post-chirurgiche, reumatologiche...

Nello svolgimento di tale funzione, opera in sinergia con la Medicina Fisica e Riabilitativa nella elaborazione di percorsi integrati Ospedale-Territorio per i pazienti dimessi dai Reparti di Riabilitazione Intensiva e dai Reparti di Degenza.

La S.S.D. Riabilitazione Territoriale, disabilità acquisite e percorsi integrati ospedale e territorio collabora, inoltre, con la SSD Riabilitazione Infantile e con la SSD Disabilità Congenite attraverso la presa in carico e/o consulenza, per quanto di competenza, dei giovani affetti da esiti di patologie insorte in età evolutiva, prevalentemente di tipo neuropsichiatrico, che hanno raggiunto la maggiore età (paralisi cerebrali infantili, miopatie, cerebropatie, ecc).

Tale attività consiste in:

- consulenza ed elaborazione del PRI da effettuarsi presso apposite strutture convenzionate
- prescrizione e collaudo di ausili e protesi
- attuazione di percorsi ospedale-territorio per persone con disabilità da esiti di patologie insorte in età adulta attraverso l'attivazione del "Progetto di Vita" con interventi di tipo socio-sanitario volti sia al mantenimento della persona presso il proprio domicilio (misure regionali Vita Indipendente o Gravissime Disabilità) sia all'eventuale inserimento in Strutture Convenzionate.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

DSM5

**Serafino Corti, Francesco Ettore Fioriti:**

“ I disturbi del comportamento nella disabilità intellettiva: funzioni e strutture”

Formazione in service 2012 IULM 23/3-12/4

**Marco Bertelli, Daniela Scuticchio:**

art. “Epidemiologia e valutazione della comorbidità psichiatrica nella disabilità intellettiva” 27/07/2009

**Marco Bertelli, Elisa Rondini:**

art. “ La qualità di vita nelle persone con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico a basso funzionamento” dicembre 2016

**Marco Bertelli:**

vol.” Diagnosi e valutazione psicopatologica della disabilità intellettiva e del disturbo dello spettro autistico” Giunti 2019

**Lucio Cottini e coll.** “Qualità di vita nella disabilità adulta” – ed. Erickson 2021

**Miur** le “Linee Guida per l’integrazione scolastica degli alunni con disabilità” - Miur 2009

<https://www.disabili.com/.../handicap-e-abuso/-sp-13147>

<https://www.laleggepertutti.it>

<https://www.fishonlus.it>

<https://www.gmca.edu.it/necessitaeducativespeciali>

<https://www.inps.it/>

<https://www.aci.it/>

<http://www.patente.it/>

<https://www.aism.it/>

<https://www.poliss.regione.liguria.it>

<https://www.fedcp.org>

<https://www.cba.it>

<https://www.handylex.org>

<https://www.superando.it>

<https://www.fishonlus.it>

<https://www.cortivo.it>

<https://ww.alisa.liguria.it>

<http://iterg.regione.liguria.it/>

<https://decretidigitali.regione.liguria.it/>

