



Fondazione
di Sardegna



REPORT N.1

Gruppo di lavoro Osservatorio disabilità







Fondazione
di Sardegna



REPORT N.1

1 luglio 2020

I.E.R.F.O.P. ONLUS

Gruppo di lavoro Osservatorio disabilità

Componenti gruppo Osservatorio Disabilità:

Alessandro Spano

Gian Pietro Carrogu

Chiara Cortese

Luca Gaviano

Martina Pinna

Sommario

Prefazione	7
Premessa	11
1. Introduzione: finalità, contenuto e destinatari del rapporto	13
2. Il concetto di disabilità: definizioni	15
3. Panoramica normativa generale e definizioni del concetto di disabilità	21
4. Le principali fonti di dati sulla disabilità a livello nazionale e regionale	29
5. Le iniziative con finalità comuni	39
6. Considerazioni conclusive e ipotesi di sviluppo futuro	41



Prefazione

La promozione dell'inclusione, del benessere e di una buona qualità di vita delle persone con disabilità sono da sempre stati Mission e Cifra di IERFOP Onlus. L'empowerment delle persone con disabilità e la promozione della cultura dell'inclusione sono le modalità attraverso le quali il nostro Istituto ha sviluppato un ruolo sempre più centrale a livello locale, nazionale e internazionale. La formazione professionale, lo sviluppo della cultura e la promozione di una visione basata sui diritti umani e sul riconoscimento del ruolo centrale della persona con disabilità nella propria vita, gli strumenti che nella quotidianità ci consentono di garantire ad un numero elevato di persone con disabilità di poter raggiungere obiettivi formativi e professionali.

Crediamo in una cultura di rete e nell'importanza di mettere a disposizione e condividere con i diversi portatori di interesse la nostra visione e il nostro mandato. Ed è anche per questo motivo che abbiamo voluto affrontare e offrire un ulteriore contributo in un contesto quale quello della diffusione della cultura della inclusione nel quale purtroppo intravediamo il rischio di una frammentazione di informazioni e di approcci.

Il nostro contributo si concretizza nella realizzazione di un Osservatorio sulla Disabilità che, partendo dalla nostra esperienza e da quella dei partner con cui collaboriamo, intende offrire un contributo stabile in questo panorama. In particolare intende affrontare tre necessità e criticità che sono centrali nella promozione della cultura dell'inclusione:

- raccogliere e rendere fruibili informazioni specifiche (con un focus sul tema dei diritti), importanti per evitare il rischio di un "empowerment" delle persone con disabilità e delle loro famiglie per mancata informazio-

ne sui loro stessi diritti;

- offrire un luogo (fisico e virtuale) nel quale poter accedere a queste informazioni e poter fruire di un supporto diretto;
- valorizzare una visione della disabilità e dell'inclusione che abbracci tutto il ciclo di vita e che consenta di superare soluzioni di continuità nelle informazioni e nei servizi che hanno importanti ripercussioni sulla vita delle persone e sulla realizzazione dei loro progetti, obiettivi e potenzialità.

In questo senso IERFOP, con il contributo della Fondazione di Sardegna, si propone come catalizzatore e punto di partenza che riteniamo possa nel corso del tempo vedere il coinvolgimento e la collaborazione di tutti i portatori di interesse ed in particolare delle altre associazioni di Self-advocacy.

Ed è quindi per noi un piacere condividere un primo Report dell'Osservatorio sulla Disabilità che rappresenta una pietra miliare in un percorso che riteniamo debba e possa dispiegarsi nel corso del tempo per offrire un contributo stabile in questo ambito e che ci vede impegnati con un ruolo strategico nella costruzione della rete e nella definizione di priorità, finalizzati alla responsabilizzazione della società intera nel campo dell'inclusione.

Le contemporanee e recenti vicende legate alla Pandemia da COVID-19 hanno reso ancor più importante una riflessione su queste tematiche, proprio perché l'emergenza sanitaria ha disvelato punti deboli e criticità di un sistema sociale che non tiene conto delle complessità e delle condizioni di vulnerabilità e di fragilità, che invero diventano sempre più dinamiche e mutevoli. Ed è per questo che riteniamo significativo evidenziare che il gruppo di lavoro dell'Osservatorio sulla Disabilità ha voluto proseguire con grande senso civico il proprio

lavoro in questa fase di Pandemia e pubblicare i primi esiti del proprio lavoro proprio in questo momento, per dare il segno ed il senso di un “work in progress” che diventa ancor più necessario e importante.

Le recenti vicende stanno modificando i ritmi lavorativi e di vita, ponendo le società a confronto con le proprie capacità di mettere in campo tutte le risorse possibili per affrontare le difficoltà e superarle. Una ampia parte di popolazione ha però dovuto subire passivamente le vicende, divenendo spesso oggetto di “cura conservativa”, privata della possibilità di intervenire attivamente e offrire le proprie energie e competenze. Ci si riferisce in particolare alle persone con disabilità. Il problema che emerge subito è chi siano le persone con disabilità. La cura della salute è stata la prerogativa dominante di questo inizio 2020.

Per definire la disabilità tradizionalmente si sono sviluppati principalmente due modelli, entrambi validi e strutturati in uno specifico ambiente e periodo storico, uno medico e uno sociale. Il modello medico si basava su una condizione di salute, analizzando questa condizione dell'individuo e rilevando le sue criticità, proponendo soluzioni al fine di curare oppure offrire soluzioni alternative. Il modello sociale è un chiaro sforzo di orientare l'azione non più su un accento sulla condizione fisica o sul

danno, ma sulle barriere create socialmente, sull'interazione tra la condizione di salute di un individuo e l'ambiente nel quale è inserito. Noi utilizzeremo il modello bio-psicosociale proposto dall'ICF, orientando il quadro paradigmatico sull'articolo 1 della convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che combina fattori biologici, psicologici, socio-culturali nell'interazione, con un focus centrale sulla partecipazione della persona, con e nella società.

La nuova visione di disabilità, condivisa a livello internazionale, definisce la disabilità come l'incontro tra una persona, con le sue condizioni di salute, ed un ambiente (fisico e sociale). Questa visione di disabilità, riproposta anche nella Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità, mira a definire il carattere dinamico e a definire il ruolo dell'ambiente nella abilitazione, nel funzionamento e nell'inclusione delle persone con disabilità.

In questo contesto, gli interventi si caratterizzano per un'attenzione su due elementi: il supporto della persona nello sviluppo di competenze, abilità, potenzialità e nella definizione e realizzazione del progetto di vita; l'attenzione all'ambiente che assume un valore inclusivo ed abilitante, laddove vengano eliminati barriere e fattori inibenti e vengano promossi fattori abilitanti e facilitatori. La stessa definizione di



salute, quale benessere bio-psicosociale, ne sottolinea le componenti ed il forte legame con qualità della vita e con inclusione.

Il benessere, la salute e lo stesso funzionamento sono perciò fortemente legati alla interazione tra la persona e l'ambiente, e sono estremamente variabili in funzione di fattori interni ed esterni, in relazione a questa variabilità secondo la "Classificazione Internazionale del Funzionamento Della Disabilità e Della Salute" pubblicato nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il concetto stesso di disabilità assume un valore dinamico, che tutti potrebbero sperimentare nella propria vita, in un ambiente non inclusivo e non supportivo. La disabilità integrando una visione globale, emerge includendo gli elementi relativi del "come" e "dove", sottolineando che esistano situazioni, contesti e ambienti che possono essere abilitanti e disabilitanti.

La persona e la famiglia possono incontrare condizioni di salute nuove, che possono associarsi a situazioni di disabilità in diverse fasi del ciclo di vita. Una prima distinzione è tra quelle congenite o molto precoci nella vita e quelle acquisite successivamente, ma altre distinzioni temporali possono riguardare fasi e compiti evolutivi differenti (es. in età prescolare, scolare, formativa, universitaria, lavorativa ed in età adulta ed anziana).

Nelle condizioni precoci un ruolo importante viene svolto dalla famiglia, nelle condizioni successive la persona è sempre più al centro del proprio percorso di vita, nella sua definizione e nella sua realizzazione, anche in seguito a nuovi eventi di vita.

Nelle condizioni acquisite, l'imprevedibilità dell'evento, non può trovare soluzioni improvvisate; è necessario riscoprire quali competenze residue siano presenti, quali punti di forza e quali aree possano essere potenziate attraverso il supporto di un ambiente, di un servizio tale, da captare i bisogni emergenti e offrire un supporto specialistico, progettuale, educativo e di orientamento. La disabilità è un evento che impatta pesantemente sugli equilibri delle persone e delle famiglie che ne fanno esperienza; è pertanto necessario affrontarne i suoi aspetti

attraverso una visione proiettata verso il raggiungimento del massimo livello di autonomia, indipendenza, qualità della vita, libertà e progettualità. In questo contesto lo I.E.R.F.O.P con il contributo decisivo della Fondazione di Sardegna ha istituito un Osservatorio Regionale sulla Disabilità, che nasce dalla constatazione di una carenza di informazioni su servizi, diritti, procedure e della scarsa sensibilità e conoscenza "statistica" del fenomeno della disabilità. Lo scopo del servizio sarà uno strumento attivo e dinamico volto alla raccolta di informazioni relative alla normativa, alla presentazione di iniziative, ausili ed esperienze di buone prassi supportato da dati statistici sulla popolazione delle persone con disabilità, servizi offerti e procedure di erogazione adottate.

Dott. Roberto Pili
Presidente IERFOP ONLUS



Premessa

Il progetto dell'Osservatorio disabilità dello IERFOP nasce con due obiettivi ambiziosi, creare un luogo di incontro per i diversi soggetti che, a vario titolo, si occupano di disabilità in Sardegna e fornire un supporto pratico ai soggetti disabili e alle loro famiglie. A sostegno di tali obiettivi, l'Osservatorio intende favorire la creazione di una banca dati che possa essere alimentata con i dati provenienti da differenti fonti, attualmente scarsamente collegate le une con le altre. I dati disponibili, infatti, sono attualmente raccolti e gestiti in modo frammentato con la difficoltà di ottenere un quadro complessivo dei singoli soggetti. Una banca dati in grado di raccogliere e rendere fruibile i dati disponibili potrà consentire di raggiungere importanti benefici. Innanzitutto, consentirà di migliorare l'offerta di servizi e di supporto nei confronti dei disabili e delle loro famiglie, grazie a una più profonda e accurata conoscenza delle condizioni personali, di vita e di lavoro. Consentirà ai decisori politici di progettare politiche pubbliche basate su una solida base co-

noscitiva. e di poterne anche osservare l'evoluzione nel tempo. Fornirà a tutti i soggetti che si occupano di disabilità un valido supporto per predisporre progetti maggiormente efficaci e coerenti con le politiche pubbliche introdotte. Infine, la disponibilità di dati nel tempo consentirà di effettuare delle previsioni attendibili su possibili scenari evolutivi delle condizioni di disabilità, aumentando ulteriormente la capacità di fornire ai disabili idonei servizi.

Lo IERFOP intende rendere disponibile tale banca dati a tutti i soggetti interessati, nel pieno rispetto delle norme sulla tutela della privacy, con la finalità di favorire un maggior livello di conoscenza e di consapevolezza del mondo delle disabilità.

Prof. Alessandro Spano
Responsabile tecnico scientifico dell'Osservatorio Disabilità





1. Introduzione: finalità, contenuto e destinatari del rapporto

1.1 La finalità e le caratteristiche dell'Osservatorio disabilità

Questo rapporto è frutto del lavoro dell'Osservatorio Disabilità istituito presso lo IERFOP nel 2019. L'Osservatorio nasce da un progetto finanziato dalla Fondazione di Sardegna con la finalità di contribuire a ridurre l'attuale frammentazione nei dati a disposizione, relativi al mondo della disabilità e poter fornire un sostegno pratico ed efficace alle persone con disabilità, orientandole tra le varie tipologie di servizi disponibili sul territorio. Attualmente, infatti, differenti soggetti pubblici e privati, raccolgono e conservano dati relativi a specifici aspetti della disabilità, in assenza di una visione d'insieme. Ad esempio, l'INPS raccoglie dati finalizzati a consentire l'erogazione di prestazioni previdenziali, l'Azienda per la tutela della salute della Sardegna raccoglie dati relativi alle prestazioni socio-sanitarie, la Direzione scolastica regionale raccoglie i dati relativi agli studenti con disabilità per favorire la relativa progettazione. Altri enti raccolgono altre tipologie di dati, talvolta relativi agli stessi soggetti, per finalità differenti. In questo quadro d'insieme appare difficile una effettiva presa in carico complessiva del soggetto disabile per poter fornire un insieme di servizi effettivamente in grado di soddisfare le differenti esigenze. Inoltre, tale frammentazione non consente di poter seguire l'evoluzione del soggetto disabile lungo l'arco della sua vita, dato che le caratteristiche, l'intensità e gli effetti delle differenti forme di disabilità mutano nel tempo e in base al contesto sociale, economico, tecnologico e alle caratteristiche personali del soggetto interessato. Il progetto prevede un'articolazione dell'Osservatorio

in tre aree: Area Territorio, Area Statistica e Area Percorsi.

Nell'area Territorio saranno raccolte informazioni sui servizi attivati nel territorio per le persone con disabilità e le loro famiglie. L'obiettivo è predisporre una "Guida ai Servizi" rivolti alle persone con disabilità e ai loro familiari, esistenti nel territorio regionale per informare sui diritti non sempre conosciuti, indicando come fare e a chi rivolgersi nei casi di necessità.

Nell'area Statistica saranno raccolti ed elaborati dati statistici sulla popolazione disabile in Sardegna, partendo dall'indagine campionaria quinquennale ISTAT e, a livello regionale, dai dati resi disponibili da altri soggetti.

L'ultima area, Percorsi consentirà di elaborare dei percorsi di sostegno e sviluppo delle persone con disabilità, articolando tali percorsi lungo i diversi momenti della vita della persona con disabilità per calibrare i servizi offerti in base alle esigenze che mutano al mutare delle diverse fasi di vita. L'idea di fondo è essere in grado di offrire un supporto "su misura", invece di un supporto standard, considerando il fatto che lo stesso soggetto possa necessitare di supporti e servizi differenti proprio perché mutano le condizioni nelle quali il disabile si trova. Ad esempio, possono essere individuate sette fasi:

1. Nascita
2. Età evolutiva
3. Istruzione e Formazione
4. Inserimento Lavorativo
5. Disabilità sopraggiunta in Età Adulta
6. Disabilità per causa Lavoro
7. Inserimento in Struttura per Anziani.

1. Introduzione: finalità, contenuto e destinatari del rapporto

Un altro aspetto di particolare interesse è rappresentato dal fatto che la progressiva disponibilità dei dati relativi ai vari aspetti della disabilità anche in riferimento alle diverse fasi sopra citate, potrà consentire di pianificare meglio l'offerta di servizi per i singoli soggetti, grazie al fatto che sarà favorita l'analisi prospettica dell'evoluzione delle condizioni del disabile. Inoltre, tali dati potranno fornire un importante supporto per poter identificare in anticipo e, in taluni casi prevenire potenziali situazioni di disabilità.

1.2 Gli obiettivi dell'Osservatorio

L'attività dell'Osservatorio, grazie alle analisi che saranno svolte e ai dati che verranno raccolti consentirà di perseguire i seguenti obiettivi:

1. Rilevare le problematiche socio-relazionali, socio-assistenziali, culturali e sanitarie che riguardano il mondo della disabilità presenti nel territorio regionale;
2. Rendere non solo dignitosa, ma ricca, propositiva e migliore la qualità della vita;
3. Comprendere l'evoluzione della situazione delle persone con disabilità;
4. Analizzare l'evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate ai processi e ai rapporti tra diritti, bisogni e risposte;
5. Orientare gli interventi di formazione professionale delle persone con disabilità ai fabbisogni formativi espressi dal mercato del lavoro;
6. Analizzare l'evoluzione della domanda di servizi;
7. Monitorare il sistema delle risposte ai bisogni emergenti;
8. Predisporre un sistema di informazione a favore di tutti gli attori coinvolti nelle problematiche relative alla disabilità;
9. Promuovere studi e iniziative formative sui temi della salute delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

1.3 La struttura del rapporto

Questo rapporto è strutturato nel modo seguente:

Dopo il paragrafo introduttivo, il secondo paragrafo affronterà il tema del concetto di disabilità. Sono presenti, in letteratura, nella pratica e nella legislazione, differenti definizioni di disabilità, che si riferiscono a contesti, finalità e ambiti operativi differenti. Dopo aver presentato differenti definizioni, sarà analizzato in particolare il modello ICF, al momento ritenuto, al livello internazionale, particolarmente completo e in grado di fornire un supporto metodologico robusto. Il terzo paragrafo analizza come il concetto di disabilità è affrontato in ambito giuridico, mediante l'analisi di varie fonti normative a livello nazionale e della Regione Sardegna. Sempre in questo paragrafo è effettuato un confronto tra gli elementi emersi da tale analisi e le caratteristiche del modello ICF analizzato nel paragrafo precedente. Il quarto paragrafo presenta le principali fonti di dati sulla disabilità, a livello nazionale e regionale. In questo paragrafo sono analizzate sia le banche dati disponibili che alcuni rapporti che, pur non fornendo una base dati costantemente aggiornata, consentono di avere importanti dati per analisi e approfondimenti. Sempre in questo paragrafo, saranno analizzate ulteriori fonti dati attualmente non apertamente disponibili, ma che, opportunamente utilizzate, rappresentano un'importante opportunità per ridurre la sopra citata frammentazione dei dati sul mondo della disabilità. Il quinto paragrafo riporta presenta un'analisi di alcune iniziative simili o con finalità analoghe rispetto a quelle dell'Osservatorio. Sono analizzate le fonti dati utilizzate da tali iniziative anche al fine di possibili interazioni e collaborazioni.

Il sesto e ultimo paragrafo si sofferma su alcune considerazioni conclusive e prospettive di analisi per il futuro.

Prof. Alessandro Spano

Responsabile tecnico scientifico dell'Osservatorio Disabilità

2. Il concetto di disabilità: definizioni

Secondo l'ultimo rapporto mondiale sulla disabilità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicato nel 2011, il numero di persone con disabilità nel mondo è di circa il 15% e si stima che circa il 2,4% di loro ha difficoltà significative nel funzionamento (WHO; 2011).

Il 20° e il 21° secolo hanno determinato uno spostamento nelle conseguenze della malattia: dal rischio di morte legato a una patologia, a rischio di importanti conseguenze nelle attività della vita quotidiana, cambiamenti in percorsi di sviluppo, attività di apprendimento, lavoro e attività professionali e qualità della vita (Petretto, Masala 2017).

Con la diffusione della Classificazione Internazionale del funzionamento, Disabilità e Salute (ICF) predisposta dall'organizzazione Mondiale della Sanità, la disabilità non è più vista come un attributo della persona né come un evento statico, ma come un processo dinamico che può variare in ampiezza e gravità nel corso della vita e attraverso ambienti [1, 16-17]. Questa idea è solo recente: in Europa e in America, c'è stato un progresso sviluppo concettuale verso di esso, a partire da una visione di quale disabilità era considerata un attributo di una persona.

Ci sono quattro modelli concettuali sulla disabilità:

1. Modelli relativi alla patologia: considerano la limitazione funzionale come un attributo della persona con patologia e come obbligatoria conseguenza della patologia;
2. Modelli avanzati relativi alla patologia: analizzano il ruolo della patologia (e della sua gravità) nella dinamica della disabilità;
3. Modelli relativi all'ambiente: enfatizzano il ruolo dell'ambiente nella dinamica della

disabilitazione;

4. Modelli relativi alla relazione tra le caratteristiche della persona l'ambiente: descrivono la relazione tra le caratteristiche della persona e ambiente.

Modelli relativi alla patologia

Diversi medici e clinici erano già nel secondo dopoguerra, in qualche modo interessati alla relazione tra patologie e conseguenze funzionali, c'era probabilmente una tendenza comune a considerare le limitazioni funzionali come conseguenza obbligatoria della patologia e di vedere la difficoltà di raggiungere un'indipendenza funzionale come attributo della persona con una patologia. Molti clinici, tra cui Nagi nel 1965, credevano che una patologia comportasse necessariamente conseguenze funzionali implicite indipendentemente dalla gravità della patologia o altre variabili (ad es. stato socioeconomico, lavoro ecc.) Come conseguenza principale, le persone con patologie venivano destinate agli aiuti sociali e altri tipi di assistenza relativi alle loro patologie, indipendentemente dal loro stato funzionale effettivo. Questo approccio è stato adottato da molti specialisti nella seconda metà del 20° secolo e, sfortunatamente, spesso anche negli anni seguenti. Le conseguenze negative di questo modello era che le persone con patologie fossero spesso istituzionalizzate, private della loro libertà personale e spesso limitate nel loro accesso al mercato del lavoro (Petretto, Masala et al., 2017; Nagi, 1965, Masala Petretto, 2008a).

Modelli avanzati relativi alla patologia

Descritto dall'opera di Saad Nagi (Nagi, 1965), un sociologo di origine egiziana, che era un consulente per l'Institute of Medicine di Washin-

2. Il concetto di disabilità: definizioni

gton e il lavoro di Philippe Wood (Wood, 1989), un medico inglese che era un consulente per l'Organizzazione mondiale della sanità.

Nagi ha descritto questo modello da un punto di vista sociologico e Wood da un punto di vista medico ma entrambi considerano lo stesso punto di arrivo: la necessità di capire e definire le conseguenze della malattia. Fino a quel momento, avere una patologia era stato considerato sinonimo di limiti funzionali. Entrambi gli autori hanno tentato di definire le conseguenze funzionali delle patologie e di metterle in relazione tra loro e con la gravità della patologia stessa. Hanno descritto le conseguenze funzionali di una patologia, al fine di chiarire le differenze tra livelli specifici e, di conseguenza, descrivere il processo mediante il quale un individuo con una specifica patologia attiva può avere limitazioni funzionali e disabilità (vale a dire limitazioni nell'esecuzione di attività quotidiane). Entrambi i modelli sembrano collegare le conseguenze della malattia direttamente alla malattia, non considerando esplicitamente il ruolo delle variabili intervenienti (ad es. fattori ambientali, tecnologie, supporto sociale e così via). Inoltre, entrambi i modelli sottolineano l'importanza dell'interazione con l'ambiente e riconoscono la persona disabile come colui che è privato dall'ambiente della possibilità o opportunità di svolgere un compito specifico a cause di barriere che possono essere definite fisiche e social (Petretto, Masala, 2017; Nagi 1965; Wood 1989).

Modelli relativi all'ambiente

Questi modelli derivano da una visione negativa del ruolo dell'ambiente fisico e sociale nel determinare il processo di disabilità di un individuo. In questo approccio le decisioni degli operatori sanitari e medici influenzavano tutti gli aspetti della vita delle persone con disabilità. Al fine di limitare gli effetti negativi di questo approccio si è cercato di descrivere come l'ambiente fisico e sociale possa costituire delle difficoltà per le persone con limitazioni funzionali o menomazioni limitandone la loro indipendenza. Per definire il processo di menomazione, gli autori di quest'approccio hanno adottato il ter-

mine "persona disabile" nel senso di persona che viene privata (dall'ambiente) delle capacità o della possibilità di eseguire un compito specifico. Hanno descritto la menomazione come risultato della perdita o limitazione dell'opportunità di partecipare, a causa di barriere fisiche e sociali (Petretto, Masala 2017)

Modello relativo alla relazione tra le caratteristiche della persona e l'ambiente

In questa tipologia di modello, il ruolo di fattori ambientali nella dinamica del funzionamento era descritto attraverso il cosiddetto "gap capacità-performance": per "Capacità" s'intende la capacità dell'individuo di svolgere un'attività o un'azione in un ambiente standardizzato (creato per rendere nullo l'intervento di altre variabili ambientali che avrebbero influito nelle capacità dell'individuo), mentre è definita "performance" ciò che un individuo fa nel suo ambiente attuale (dove possono trovarsi qualsiasi tipo fattori ambientali sia positive che negative). Il divario tra capacità e prestazioni dipende, quindi dal modo in cui queste impattano sull'ambiente e possono fornire alcune informazioni utili su ciò che potrebbe essere modificato nell'ambiente e, quindi, migliorare le prestazioni. In questo modo, il modello ICF International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps definisce la menomazione come il risultato di interazione tra la persona e l'ambiente e esso si concentra sulla persona, l'ambiente e la relazione fra di loro (Petretto, Masala 2017).

L'incontro tra un individuo, che ha alcune condizioni potenzialmente disabilitanti e l'ambiente

può causare una menomazione più forte o più debole, a seconda del fatto che l'ambiente possa essere più o meno favorevole. Pertanto, dati gli stessi problemi e / o limitazioni funzionali, possono esserci diversi livelli di menomazione secondo il rapporto tra individuo e ambiente.

Spunti di riflessione e intervento nell'utilizzo dei modelli

Modelli relativi alla patologia: se si ritiene che la patologia sia correlata alla limitazione

funzionale, nessun intervento può essere utile. Solo in questa situazione l'assistenza esterna come un supporto economico potrebbe essere fornita senza però una diretta influenza sulla riduzione delle limitazioni funzionali

Modelli avanzati relativi alla patologia: adottando questi modelli, se si sceglie di relazionare il funzionamento dell'individuo alla presenza di patologia, l'attenzione sarà rivolta alla misurazione delle conseguenze funzionali e alla descrizione delle conseguenze, come la compromissione nelle attività della vita quotidiana. In queste circostanze, lo scopo dell'intervento può essere la riduzione della patologia, o l'individuazione di variabili intervenienti che mediano il legame tra patologie e loro conseguenze.

Modelli relativi all'ambiente: se si sceglie di mettere in relazione il funzionamento con la presenza di fattori ambientali, il focus dell'intervento dovrà, sostanzialmente, basarsi sull'eliminazione di fattori ambientali negativi e sulla creazione di fattori ambientali positivi (ad es. rimuovere barriere fisiche, la promozione sociale. Infine, si sceglie di descrivere il funzionamento come risultato della relazione tra una persona (con le sue caratteristiche peculiari) e l'ambiente, l'obiettivo dell'intervento sarà la creazione di interazione virtuosa tra: la persona, sull'ambiente e sulla relazione fra loro.

Modelli relativi alla relazione tra le caratteristiche della persona e l'ambiente: all'interno di questi modelli emerge il modello ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute).

L'ICF «rappresenta una revisione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, della Disabilità e degli Handicap (ICIDH)» (WHO, World Health Organization, 2004, p.13) si configura come uno strumento sviluppato per raggiungere il più alto grado di comprensione e descrizione del funzionamento umano, approvato e pubblicato il 22 maggio del 2001 dalla 54ª assemblea mondiale della sanità, che in seguito ha raccomandato a tutti gli stati membri l'applicazione di tale classificazione negli studi di popolazione e nei report (Anner et al., 2012). Questa classificazione parte da un

modello concettuale assolutamente innovativo poiché supera i due modelli concettuali precedenti e allo stesso tempo li integra. Infatti, l'ICF si spinge oltre quelli che possono essere definiti i modelli medici utilizzati in precedenza, che considerano la disabilità essenzialmente come un problema che deve essere curato e deve essere gestito. In particolare superano la concezione in base alla quale la persona con disabilità sia quasi esclusivamente considerata come un paziente. Infatti, anche il modello ICF affronta il tema della disabilità come un problema, ma un problema indotto da altre componenti, come il contesto sociale, integrando in questo modo i modelli precedenti. Essendo un modello biopsicosociale, parte dalla considerazione della condizione di salute di un individuo, che può essere determinata da una condizione di malattia, non fermandosi alla sua descrizione e definizione, la prende in esame e valuta come quell'individuo funziona nella sua complessità piuttosto che soffermarsi sull'eziologia o sulla malattia (Masala & Petretto, 2008). Dalla sua pubblicazione l'ICF è suddiviso in due parti la prima parte viene definita funzionamento e disabilità, in questa prima parte vengono comprese le funzioni corporee e le strutture corporee, l'attività e partecipazione, la seconda parte invece riguarda i fattori contestuali e nei fattori contestuali rientrano i fattori ambientali e i fattori personali. L'ICF si pone come un grande cambiamento paradigmatico, infatti l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in passato con la creazione del modello ICD (International Classification of Diseases) ha definito un sistema capace di permettere la rilevazione e la comprensione dei dati di mortalità e morbosità a livello internazionale (Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, s.d.). L'ICD per quanto sia ancora utilizzato e ormai alla decima edizione, è un sistema che non risponde alla necessità di comprendere meglio la disabilità, e già nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità propose un modello mirato a definire, classificare e chiarire gli effetti delle malattie sulle persone denominato ICIDH International Classification of Impairment, Disability and Handicap. Questo modello introduce tre ter-

2. Il concetto di disabilità: definizioni

mini, menomazione, disabilità ed handicap. La menomazione è una perdita o un'anomalia, la disabilità è una riduzione o perdita dell'abilità di eseguire un compito tra quelli di un normale essere umano ed è causata dalla menomazione, infine l'handicap è lo svantaggio causato dalla disabilità e dalla menomazione, sulla base dell'età, del genere e dei fattori socioculturali. Dal momento della sua pubblicazione si sviluppò un profondo dibattito, in particolare sul concetto di handicap, troppo legato a concetti quali menomazione e prestazione, riconoscendo questi come termini negativi e stigmatizzanti. Dal suo processo di revisione venne pubblicato dapprima una revisione nel 1997 con l'ICIDH-2 e poco dopo nel 2001 il modello ICF International Classification of Functioning, Disability and Health (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute). La sua differenza del ICIDH ha come orientamento e finalità quello di esplicitare e definire gli effetti delle condizioni di salute (invece che di malattia) (Masala & Petretto, 2008).

Il passaggio tra differenti modelli della disabilità, denotato la convivenza di diversi modelli, in particolare nell'ambito sanitario ad esempio nelle commissioni mediche per il riconoscimento di alcune condizioni ai sensi della L.104/92 (Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate., 1992, pag. 5) o di invalidità civile (Legge 30 marzo 1971, n. 118 Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili., 1971).

Per ottenere una valutazione e classificazione univoca e comprensiva di un modello basato su un'interazione complessa l'ICF mette in relazione le funzioni e le strutture corporee, le attività e la partecipazione. Nelle aree prese in esame, il modello ICF affronta, in particolare, quella rappresentata dalle funzioni, comprendendovi non solo quelle della corporeità ma anche quelle psicologiche, strettamente connesse alle strutture corporee, in quanto vi è una correlazione stretta tra una struttura e una funzione corrispondente. L'ICF mette in rapporto la condizione di salute con l'ambien-

te e sviluppa un sistema per misurarla, mette in relazione le capacità e le difficoltà nello svolgimento di attività, permettendo di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare in modo che la persona possa ottenere il massimo grado di auto-realizzazione.

Questo modello apre un nuovo scenario che non analizza la persona nei suoi confini corporei, ma la immagina inserita in un contesto fisico e culturale; la persona è impegnata nelle attività e partecipa al proprio contesto di vita, la sua partecipazione a questa è strettamente correlata alle altre componenti descritte (WHO, World Health Organization, 2004). Inoltre, permette di evidenziare anche le condizioni parziali, di limitazione graduale, poiché la persona anche nell'area della partecipazione, quando svolge delle attività, può sperimentare qualche forma di limitazione. Infatti, quanto laddove vi siano funzioni e strutture corporee descritte in termini di menomazione, è possibile avere un'attività limitata e una restrizione alla partecipazione nei contesti di vita. Questa visione estende i criteri classificatori presi in esame sin dalla sua approvazione avvenuta il 22 maggio 2001, in quanto per spiegare il funzionamento di una persona intende considerare, oltre alle componenti già descritte, anche altri elementi quali i fattori ambientali, cioè gli elementi di contesto, che potranno porsi di fronte alla persona come barriere o facilitatori rispetto al funzionamento dell'individuo. Il modello ICF si pone, inoltre, come strumento descrittivo, che esplicita il funzionamento di una persona e la sua modalità di funzionamento, concependo questo come il risultato di un'interazione profonda tra tutte le componenti espresse precedentemente, le funzioni e strutture corporee, l'attività e partecipazione, i fattori ambientali e culturali.

Nell'ICF i fattori ambientali sono un ulteriore elemento centrale per comprendere il funzionamento di un individuo in quanto possono modificare sia in termini positivi che negativi l'attività e la partecipazione di un individuo al proprio contesto di vita. L'ICF indica i fattori ambientali come gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e con-

ducono la loro esistenza includendovi non solo quelle che sono denominate barriere fisiche, come ad esempio le barriere architettoniche, ma inscrivendo all'interno anche gli atteggiamenti nei confronti della disabilità, in particolare quello che l'ambiente sociale nel quale la persona è immersa può far sperimentare.

In riferimento all'ambiente fisico, i fattori ambientali possono essere strutturati in due livelli, uno individuale che prende in considerazione le caratteristiche fisiche del contesto nel quale il soggetto è inserito, e uno materiale, relativo all'ambiente nel quale esso vive o svolge le proprie attività, come il contesto della propria abitazione. Un secondo livello è quello sociale, che include tutte le strutture della società che possono intervenire con le loro politiche e con le loro azioni nel progetto di vita di una persona con disabilità. In questa visione emerge il modo in cui i fattori ambientali possono avere accezioni positive o negative e intervengono attivamente sul funzionamento di una persona così come l'accezione stessa di disabilità, la cultura, la tradizione e le normative, possono essere una condizione di facilitazione o di barriera rispetto al funzionamento. I fattori personali invece non vengono presi in considerazione all'interno della classificazione e si riferiscono ad esempio al sesso la razza l'età o la forma fisica. La classificazione è organizzata in categorie e definizioni attraverso un sistema gerarchico. Il sistema di codifica della classificazione ICF può essere utile nella ricerca, nella documentazione o nell'utilizzo statistico (Anner et al., 2012). Il modello di disabilità contenuto nell'ICF si rileva condivisibile con le attività dell'Osservatorio Disabilità in particolare come criterio di inclusione per le attività di ricerca, quantificazione e comprensione del fenomeno. Un modello che va a superare il concetto stigmatizzante di handicap che rischia di porre troppa enfasi alla menomazione, capace di osservare le interazioni della persona percependo l'individuo come un'entità interattiva che non esaurisce la sua condizione di salute in sé stesso ma nell'ambiente nel quale è inserito. L'ICF in particolare ha tre caratteristiche per le quali si presta all'utilizzo ipotizzato nell'ambito

dell'Osservatorio:

1) Uno schema sistematico con cui organizzare i concetti di salute.

2) Un sistema classificatorio di importanti determinanti della salute correlati a esperienze umane che possono influenzarla.

3) Un sistema di Codici alfanumerici con i quali comunicare concetti, termini, misurazioni riguardanti la condizione di salute, che possono essere standardizzati in tutti i campi sanitari o sociali (Sinclair et al., 2013).

In una recente analisi sono stati individuati una serie di campi di applicazione dell'ICF (Scelfo & Sapuppo, 2012):

- Politiche sanitarie;
- Politiche del Lavoro;
- Riabilitazione;
- Istruzione;
- Medicina legale;
- Enti non profit.

All'elenco proposto rileviamo importante implementare i campi di utilizzo nelle aree sociali e pedagogico-educative (Abdi et al., 2019).

Dott. Luca Gaviano
Osservatorio Disabilità - IERFOP ONLUS

Dott. Gian Pietro Carrogu
Osservatorio Disabilità - IERFOP ONLUS

2. Il concetto di disabilità: definizioni



3. Panoramica normativa generale e definizioni del concetto di disabilità

3.1. Introduzione.

Il contesto normativo è molto frammentario e complesso e rende ardua la possibilità di individuare una definizione giuridica univoca di disabilità. Basti pensare che fino a poco tempo fa l'ordinamento giuridico italiano, per identificare i destinatari delle misure riguardanti la disabilità, utilizzava più categorie, molte delle quali attualmente appaiono culturalmente superate: invalido, cieco, sordo, soggetto portatore di handicap.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal Parlamento italiano con la legge n. 18 del 2009, ha finalmente introdotto anche nell'ordinamento italiano la nuova categoria giuridica di “persona con disabilità” quale titolare dei diritti sanciti dalla Convenzione stessa e destinataria delle prestazioni e dei servizi erogati dagli stati e dagli enti pubblici.

Il Governo italiano ha da tempo e più volte annunciato l'intento di promuovere un “Codice delle disabilità” per affrontare in modo sistematico la materia, con l'obiettivo di armonizzare, riordinare e semplificare le disposizioni vigenti in materia di disabilità, ma per ora non è seguito nulla di concreto.

L'intento è assolutamente meritorio, in quanto il nostro ordinamento patisce una notevole stratificazione normativa, frutto dei cambiamenti sociali che si sono succeduti negli anni e che hanno portato al superamento di alcune visioni e all'introduzione di nuove categorie e al riconoscimento di nuovi diritti.

Per cercare di ricostruire un quadro generale e individuare una definizione normativamente

coerente di disabilità, è opportuno partire proprio dalla Convenzione ONU e vedere come le sue disposizioni e gli atti ad essa collegati si siano riverberati nel contesto normativo europeo e italiano, in cui coesistono leggi emanate nel corso di più di cinquant'anni.

3.2. La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità definisce il concetto di disabilità all'Art.1, comma 2:

“Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.”

La Convenzione segna un punto di svolta e un cambio di prospettiva rispetto al passato: si è passati da un approccio meramente medico e individuale ad un modello: “bio-psico-sociale” (si veda il paragrafo 2). La disabilità è definita dalla relazione che esiste tra le caratteristiche personali del soggetto e le modalità con cui la società organizza l'accesso ai diritti, ai beni e ai servizi. E' frutto della relazione tra la menomazione di cui il soggetto è affetto, e gli ostacoli che lo stesso si trova ad affrontare a causa delle barriere culturali, ambientali e comportamentali e che gli impediscono la piena ed effettiva partecipazione alla società in una condizione di pari opportunità e uguaglianza.

Impegna gli Stati a garantire e promuovere la piena realizzazione di tutti i diritti umani e delle

3. Panoramica normativa generale e definizioni del concetto di disabilità

libertà fondamentali per tutte le persone con disabilità senza discriminazioni di alcun tipo sulla base della disabilità.

La Convenzione ribadisce il principio di uguaglianza sostanziale che è già sancito dalla Costituzione italiana all'art. 3 comma 2: "È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

3.3. L'Unione Europea e gli effetti della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità

L'articolo 1 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea sancisce che "la dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata" e l'articolo 21 vieta qualsiasi forma di discriminazione fondata sulla disabilità. L'articolo 26 della stessa Carta stabilisce che "l'Unione riconosce e rispetta il diritto delle persone con disabilità di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità".

Inoltre, il trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE), all'articolo 10, le attribuisce il compito di combattere la discriminazione fondata sulla disabilità nella definizione e nell'attuazione delle sue politiche e azioni e il successivo articolo 19 le conferisce il potere di legiferare a tal fine.

L'Unione Europea ha firmato la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità il 30 marzo 2007 e con la formale ratifica ne è diventata parte contraente.

Sui contenuti della Convenzione si basa la Strategia europea sulla disabilità 2010-2020 che mira a promuovere un'Europa senza barriere affinché le persone con disabilità possano godere dei loro diritti e partecipare pienamente alla società e all'economia e individua otto ambiti d'azione principali: l'accessibilità, la partecipazione, l'uguaglianza, l'occupazione, l'istruzione e la formazione, la protezione socia-

le, la salute e le azioni esterne. Contribuisce a dare concreta attuazione alle disposizioni della Convenzione, a livello sia dell'Unione europea che nazionale e integra e sostiene l'azione degli Stati membri.

L'European Accessibility Act (Atto europeo sull'accessibilità) è una direttiva che mira a migliorare il funzionamento del mercato per prodotti e servizi accessibili, eliminando gli ostacoli che sussistono in base a norme dei singoli Stati membri. Prende in considerazione i prodotti e i servizi che sono stati identificati come i più importanti per le persone con disabilità, ma che allo stesso tempo presentano il rischio più elevato di avere, tra i diversi paesi dell'UE requisiti di accessibilità molto diversi. Pertanto, gli Stati membri, devono rispondere ai bisogni di accessibilità ai beni e servizi da parte delle persone con disabilità rispettando modelli standard stabiliti dall'Unione Europea.

Di estremo rilievo è la Direttiva dell'UE 2000/78/CE che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro e rappresenta il primo vero intervento legislativo per garantire il diritto al lavoro delle persone con disabilità.

E' degna di nota, inoltre, la Direttiva 2016/2102/UE relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici.

Il Parlamento europeo, infine, ha approvato la ratifica del Trattato di Marrakesh, adottato a Marrakesh il 27 giugno, 2013, che afferma il diritto alla cultura universale e si pone l'obiettivo di soddisfare l'esigenza delle persone disabili visive, psichiche, o comunque, coloro che sono colpiti da una disabilità di lettura, mirando a trovare un punto di equilibrio tra il Copyright e il diritto di accesso alla cultura, alle informazioni, alla lettura, da parte dei soggetti con varie disabilità di lettura.

L'ordinamento europeo ha adottato importanti norme finalizzate a migliorare la situazione sociale ed economica delle persone con disabilità, ma la responsabilità principale delle politiche in materia di disabilità è in capo ai singoli Stati.

3.4. La disabilità nell'ordinamento nazionale.

3.4.1. I principi della Costituzione Italiana

Tra i principi fondamentali su cui è basato il nostro ordinamento vi è quello per cui “la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”, sancito dall’art. 2 della Costituzione.

La Carta fondamentale fissa all’articolo 3 il principio di eguaglianza, innanzitutto formale, perché “tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”, ma va oltre stabilendo il principio di uguaglianza sostanziale che attribuisce allo Stato il compito di “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”

Il combinato disposto dell’art. 34 (“La scuola è aperta a tutti. L’istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita...”) e dell’art. 38, comma terzo (“Gli inabili ed i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale”) sancisce il pieno diritto all’istruzione delle persone con disabilità, che deve essere garantito dallo Stato.

Infine, lo stesso articolo 38 garantisce il diritto al mantenimento e all’assistenza sociale “a tutti i cittadini inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere”.

L’assistenza sociale nei confronti delle persone disabili si esprime per mezzo di interventi di natura economica (pensioni, assegni e indennità) e non economica (agevolazioni fiscali, assistenza sanitaria, permessi ex legge 104/1992, collocamento obbligatorio al lavoro) e per avere accesso a queste forme di sostegno è necessario che lo status di invalidità sia certificato da

una struttura pubblica.

3.4.2. La ratifica della Convenzione ONU e l’istituzione dell’Osservatorio nazionale sulle condizioni delle persone con disabilità

L’Italia ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità con la Legge 3 marzo 2009, n. 18 e si è, pertanto, impegnata ad adottare tutti gli atti, le azioni e le politiche necessarie a garantire i diritti delle persone con disabilità.

La Legge n. 18/2009 ha contestualmente istituito l’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità che rappresenta uno strumento operativo fondamentale, affinché il legislatore nazionale possa intervenire in modo strategico e inclusivo nell’ambito di tale materia.

L’Osservatorio Nazionale sulle condizioni delle persone con disabilità, infatti, è la sede di discussione e di confronto, a livello nazionale, sulle politiche nazionali riguardanti la disabilità ed è l’organo deputato al monitoraggio del Programma di azione biennale sulla disabilità. E’ composto da rappresentanti del Governo, delle Regioni e delle Autonomie locali, di INPS, INAIL e ISTAT, dei sindacati e delle Associazioni maggiormente rappresentative e costituisce lo strumento per instaurare un dialogo costante tra tutti gli attori coinvolti nella creazione di politiche a favore delle persone con disabilità in Italia.

Opera all’interno dell’Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, e ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico per l’elaborazione delle politiche nazionali in materia di disabilità con particolare riferimento:

- alla promozione dell’attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità;
- alla predisposizione di un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità;
- alla promozione della raccolta di dati sta-

3. Panoramica normativa generale e definizioni del concetto di disabilità

tistici e della realizzazione di studi e ricerche sul tema;

- alla predisposizione della relazione sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità.

3.4.3. Le principali leggi nazionali in materia di disabilità.

Come anticipato nelle premesse, il contesto normativo nazionale è molto frammentario e complesso, in quanto il legislatore, che negli anni ha sempre più aumentato l'attenzione nei confronti dei disabili, è spesso intervenuto in maniera settoriale senza una visione organica, che ha purtroppo spesso reso difficile l'applicazione delle norme.

La prima legge che, nonostante prenda in considerazione solamente gli invalidi civili, fissa principi di carattere generale con un'impostazione tesa al reinserimento e all'integrazione delle persone con disabilità, è la legge 30 marzo 1971, n. 118, Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili. La L. 118/1971 ha un approccio generale e definisce in modo abbastanza dettagliato i beneficiari degli interventi in essa previsti, che spaziano dal sostegno economico, all'inserimento scolastico e lavorativo e all'istruzione professionale. Per il legislatore del 1971 sono considerati mutilati ed 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, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età" (Art. 2, comma secondo).

Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, rientrano nella categoria, anche "i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età" (Art. 2, comma

terzo).

La legge 5 febbraio 1992, n. 104, "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" rappresenta la prima disciplina organica sulla disabilità e detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona "handicappata". La norma che individua i soggetti titolari dei diritti e dei servizi è l'art. 3, che riportiamo integralmente:

Art. 3. Soggetti aventi diritto

1. *E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.*

2. *La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.*

3. *Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.*

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

Con la Legge 104/92, lo Stato italiano si fa carico di garantire il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società. Previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo

della persona umana, promuove il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, garantisce la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali. Mira al recupero funzionale e sociale della persona disabile e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione, garantisce la tutela giuridica ed economica. Predispone gli interventi necessari per superare stati di emarginazione e di esclusione sociale legati alla disabilità. In tal modo si intende attuare il principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma secondo della Costituzione.

La persona disabile, insieme alla propria famiglia, è presa in considerazione nella sua globalità ed è posta al centro dell'azione di tutte le istituzioni preposte, che devono agire in sinergia per rispondere adeguatamente in materia di prevenzione, assistenza e informazione.

Gli interventi sono articolati secondo i seguenti ambiti:

- cure e riabilitazione
- diritto all'educazione e all'istruzione
- lavoro e integrazione lavorativa
- permessi e congedi
- eliminazione barriere architettoniche
- mobilità e trasporti
- agevolazioni fiscali
- diritto di voto

Il riconoscimento dello stato di handicap, e la valutazione dell'eventuale gravità, è effettuato dalle Commissioni mediche previste dall'art. 4 della legge 104/92.

Al fine di comporre un quadro schematico generale del contesto normativo nazionale, si riportano di seguito le leggi dello Stato che prevedono e disciplinano specifici ambiti della disabilità, che in taluni casi contengono definizioni che possono essere utili a integrare il concetto di disabilità utilizzato dal nostro ordinamento.

Per quanto riguarda l'integrazione lavorativa delle persone disabili, sulla base dei principi fis-

sati dalla Legge n. 104/92, è stata adottata la legge 12 marzo 1999, n. 68 Norme per il diritto al lavoro dei disabili, che ha dato vita alla riforma di questo settore. Attraverso un approccio positivo che si concentra sulle "residue capacità di lavorative", tale legge mira a favorire un inserimento lavorativo mirato sulla base delle competenze e delle esigenze della persona disabile. Con il D.Lgs. 9 luglio 2003, n. 216 è stata data attuazione della direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.

Per quanto riguarda le prestazioni economiche, le fonti di riferimento sono le seguenti:

- Legge 30 aprile 1969, n. 153 "Revisione degli ordinamenti pensionistici e norme in materia di sicurezza sociale"
- Legge 30 marzo 1971, n. 118 "Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili"
- Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"
- Legge 11 febbraio 1980, n. 18 "Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili"
- Legge 12 giugno 1984, n. 222 "Revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile"
- Legge 21 novembre 1988, n. 508 "Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti"
- Legge 11 ottobre 1990, n. 289 "Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla legge 21 novembre 1988, n. 508, recante norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti e istituzione di un'indennità di frequenza per i minori invalidi"
- Legge 8 agosto 1995, n. 335 "Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare"

3. Panoramica normativa generale e definizioni del concetto di disabilità

- Decreto Legge 1 luglio 2009, n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009, n. 102 “Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini”. Si Veda l'Art. 20, rubricato “Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile”.

Per quanto concerne le barriere architettoniche, il principale riferimento è la Legge 9 gennaio 1989, n. 13 recante “Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”.

Per quanto riguarda le disabilità sensoriali si citano le seguenti fonti normative:

- Legge 28 marzo 1968, n. 406 “Norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti assistiti dall'Opera nazionale ciechi civili”.
- Legge 28 agosto 1997, n. 284 “Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati”
- Legge 3 aprile 2001 n. 138 “Classificazione e quantificazione delle minorazioni

visive e norme in materia di accertamenti oculistici”.

- Legge 24 giugno 2010, n. 107 “Misure per il riconoscimento dei diritti delle persone sordocieche”.

In chiusura si segnala la Legge 1 marzo 2006, n. 67 “Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni”, che promuove la piena attuazione del principio di parità di trattamento e delle pari opportunità nei confronti delle persone con disabilità affinché sia loro garantito il pieno godimento dei loro diritti civili, politici, economici e sociali.



Nota introduttiva alla tabella.

L'analisi, svolta nei capitoli precedenti, delle definizioni di disabilità presenti in letteratura, nella pratica e nella legislazione, ha fatto emergere un quadro non completamente omogeneo che tende a differenziare il concetto a seconda dell'ambito a cui si riferisce: normativo, sanitario, sociale.

Una volta individuato nel modello ICF il parametro di riferimento più completo e in grado di fornire un supporto metodologico versatile rispetto ai diversi contesti, è stato effettuato un confronto tra le differenti definizioni di disabilità contenute nelle fonti normative principali con la classificazione ICF, per comprendere quale fosse il livello di scostamento rispetto a tale modello. La tabella seguente riporta i dettagli di tale confronto, evidenziando la presenza o l'assenza di corrispondenze tra modello ICF e definizioni contenute nelle fonti normative analizzate.

Dal confronto effettuato risulta che, per molti aspetti, le fonti normative esaminate possono attraverso una attenta interpretazione sovrapporsi al modello ICF per quanto concerne l'individuazione degli aspetti che caratterizzano la disabilità. Tuttavia, solamente la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e la legge 104 del 5 febbraio 1992 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", sembrano soddisfare tutte le condizioni minime atte a garantire un approccio globale alla disabilità, che tenga conto della persona nel suo insieme e nel contesto in cui vive e si relaziona.

Dott.ssa Chiara Cortese
Osservatorio Disabilità IERFOP

Tabella 1: Confronto tra il modello ICF e le definizioni riconducibili al concetto di disabilità presenti nelle fonti normative esaminate

Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)	Strutture corporee	Funzioni corporee	Risultato interazione	Ambiente	Partecipazione
<p>Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità Art. 1: Le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri.</p>	<p>Si: minorazioni fisiche a lungo termine</p>	<p>Si: minorazioni mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine</p>	<p>Si: in interazione con varie barriere possono impedire la piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri</p>	<p>Si: impedire eguaglianza con gli altri</p>	<p>Si: in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione</p>
<p>L.n. 118/71 Art.2, comma secondo e terzo: Agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed 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, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.</p> <p>Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.</p>	<p>Si: minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo</p>	<p>Si: gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali</p>	<p>Si: -che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo. -Se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della loro età - Ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della loro età.</p>		
<p>L.n. 18/80 Art. 1, comma 1: Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'art. 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, è concessa un'indennità di accompagnamento.....omissis</p>	<p>Si: mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche</p>	<p>Si: mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni psichiche</p>	<p>Si: - si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore; -non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua</p>		
<p>L.n. 104/92 Art. 3.1: E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.</p>	<p>Si: colui che presenta una minorazione fisica stabilizzata o progressiva</p>	<p>Si: colui che presenta una minorazione psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva</p>	<p>Si: difficoltà di apprendimento o di integrazione lavorativa</p>	<p>Si: tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.</p>	<p>Si: difficoltà di relazione</p>
<p>L.n. 104/92 Art. 3.3: Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità.</p>	<p>Si: minorazione, singola o plurima,</p>	<p>Si: minorazione, singola o plurima,</p>	<p>Si: ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale</p>		<p>Si: necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera di relazione,</p>

3. Panoramica normativa generale e definizioni del concetto di disabilità

4. Le principali fonti di dati sulla disabilità a livello nazionale e regionale

Esistono diverse fonti di dati, apertamente disponibili e consultabili. Tra queste, di particolare interesse quelle di Istat, Inail e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, che possiedono banche dati o pubblicano dei documenti pertinenti ai loro campi di interesse.

4.1 Istat

L'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) detiene la fonte dati relativa alla disabilità più aggiornata e apertamente disponibile nella banca dati online denominata Disabilità in cifre (<http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>). I dati sono aggiornati a luglio 2020 e sono relativi all'anno 2018 (media biennale 2017-2018). Tale banca dati contiene le statistiche ufficiali sulla disabilità prodotte dall'Istat e dalle Istituzioni appartenenti al Sistema statistico nazionale. I dati disponibili sono stati elaborati e organizzati dall'Istat con lo scopo di documentare le condizioni di vita e il livello di inclusione sociale delle persone con disabilità, nonché per fornire un supporto per la programmazione delle relative politiche e al monitoraggio dello stato di attuazione della Convenzione ONU. Gli utenti privilegiati dall'informazione statistica prodotta sono i policy maker, la comunità scientifica e, più in generale, gli stakeholder del settore.

Inoltre, l'Istat pubblica un report specifico sui dati della disabilità, il più recente è stato pubblicato a dicembre del 2019 e fa riferimento ai dati del 2017. Inoltre, l'Istat utilizza varie modalità di raccolta di dati, utilizza modalità di rilevazione censuarie, campionarie o relative a

fonti di altri istituzioni o enti.

Secondo Istat "Sono considerate con disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi, a causa di motivi di salute e che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone svolgono abitualmente¹".

Gli indicatori presentati nella banca dati online utilizzano diverse fonti di dati ufficiali, sia di natura statistica sia amministrativa. Le definizioni di disabilità, sulla base delle quali sono stati prodotti gli indicatori, differiscono a seconda della fonte considerata, per tale ragione è stata posta particolare attenzione allo sviluppo di un sistema di metadati che fornisce informazioni indispensabili alla corretta lettura delle informazioni.

La banca dati è organizzata in tre sezioni principali:

1. Consultazione dei Dati
2. Documentazione e Glossario
3. Indicatori UNCRPD (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

All'interno dell'area di consultazione dei dati è possibile comporre tavole specifiche scegliendo tra "oggetti", "unità di analisi e classificazione", "territorio" e "anno" gli indicatori di interesse a seconda dell'analisi che si sta compiendo. ISTAT accorpa le tipologie di disabilità in:

- confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia a rotelle o in casa);
- disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare);

1 [http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?a1=u2i4a94&a2=-&n=\\$\\$\\$\\$9\\$\\$\\$\\$\\$\\$\\$\\$&o=5K5L&v=-1V20927009OG0000000&p=9&sp=null&l=0&exp=0](http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?a1=u2i4a94&a2=-&n=$$$$9$$$$$$$$&o=5K5L&v=-1V20927009OG0000000&p=9&sp=null&l=0&exp=0).

4. Le principali fonti di dati sulla disabilità a livello nazionale e regionale

- disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi);
- disabilità sensoriali (difficoltà nel sentire, vedere o parlare).

Secondo l'ultima indagine Istat dell'anno 2018 (relativi alla media biennale 2017-2018), in Ita-

Tabella 2: Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia) - Nazione Italia (Gerarchia Amministrativa) Anno 2018.	
GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI	Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia)
Limitazioni gravi	3.088
Limitazioni non gravi	9.964
Senza limitazioni	44.245
Non indicato	2939
Totale	60.235
Fonte: ISTAT 2020	

lia le persone che, soffrono di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali sono circa 3.088.000 pari al 5,1% della popolazione (tabella 1 e 2), è importante notare che in questa cifra "non sono comprese le persone con disabilità che vivono in residenze²".

La tabella 2 riporta i valori percentuali delle persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte.

Tabella 3: Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori percentuali) - Nazione Italia (Gerarchia Amministrativa) Anno 2018.	
GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI	Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori percentuali)
Limitazioni gravi	5,1
Limitazioni non gravi	16,5
Senza limitazioni	73,5
Non indicato	4,9
Totale	100
Fonte: ISTAT	

I soggetti che indicano gravi limitazioni nelle attività abitualmente svolte più colpiti sono le persone con più di 75 anni, pari a 1.496.000 unità.

Di conseguenza, le persone con limitazioni gravi hanno un'età media molto più elevata di quella del resto della popolazione che indica limitazioni gravi nelle attività abitualmente svolte: il 21,8% delle persone con più di 75 anni, contro il 7,2 delle persone nella fascia tra 65 e 74 anni, il 4,2% delle persone nella fascia tra 45 e 64 anni e l'1,3% delle persone tra 0 e 44 anni.

² [http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?a1=u2i4a94&a2=-_&n=\\$\\$\\$\\$9\\$\\$\\$\\$\\$\\$\\$&o=5K5L&v=1V209270-09OG0000000&p=9&sp=null&l=0&exp=0](http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?a1=u2i4a94&a2=-_&n=$$$$9$$$$$$$&o=5K5L&v=1V209270-09OG0000000&p=9&sp=null&l=0&exp=0).

Tabella 4: Età media delle persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte - Nazione Italia (Gerarchia Amministrativa) Anno 2018.	
GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI	Età media delle persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte
Limitazioni gravi	68,3
Limitazioni non gravi	60,8
Senza limitazioni	39,3
Non indicato	40,7
Totale	44,4

L'età media delle persone con gravità nelle limitazioni dalla precedente rilevazione è passata dai 67,5 anni (dato 2017) a 68,3 anni (dato 2018) (Tabella 3). La suddivisione per genere di quest'ultimo dato indica una importante differenza d'età: 63,8 anni per i maschi e 71,3 anni per le femmine.

La tabella successiva riporta la suddivisione per classi d'età dei soggetti in base alla gravità delle limitazioni

Tabella 5: Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori percentuali) per classe di età - Nazione Italia (Gerarchia Amministrativa) Anno 2018.						
GRAVITÀ DELLE LIMITAZIONI	Classe di età					
	0-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	Non indicato	Totale
Limitazioni gravi	1,3	4,2	7,2	21,8	#	5,1
Limitazioni non gravi	6,4	18,5	31,8	40,1	#	16,5
Senza limitazioni	86,9	72,6	56,8	34,4	#	73,5
Non indicato	5,4	4,7	4,2	3,6	#	4,9
Totale	100	100	100	100	#	100

Le persone con disabilità che vivono con genitori anziani sono particolarmente vulnerabili, poiché rischiano di vivere molti anni in solitudine, senza supporto familiare; questo rischio è, peraltro, piuttosto diffuso: un numero elevato di persone con disabilità sopravvive a tutti i componenti della famiglia (genitori e fratelli), spesso prima di raggiungere i 65 anni (Istat, 2019). Il 29,5% dei soggetti con gravi limitazioni vive sola, il 25,6% solo con il coniuge, il 22,9% con il coniuge e i figli, il 10,0% con i figli e senza coniuge e l'11,9% vive in altre tipologie di nucleo

4. Le principali fonti di dati sulla disabilità a livello nazionale e regionale

familiare³.

I dati circa la “geografia della disabilità” vede al primo posto le Isole, con un’incidenza del 6,3%, contro il 4,4% (il valore più basso) del Nord-Ovest (Tabella 5). Le Regioni nelle quali il fenomeno è più diffuso sono l’Umbria e la Sardegna (rispettivamente, l’8,2% e il 6,9% della popolazione). Questi dati si riferiscono a un report pubblicato dall’Istat alla fine del luglio 2020 che si basa, però sulla media biennale 2017-2018.

Tabella 6: Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori percentuali) - Italia Dettaglio regione (Gerarchia Amministrativa) Anno 2018.

REGIONI	Gravità delle limitazioni				
	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi	Senza limitazioni	Non indicato	Totale
Piemonte	5,2	17,5	73,6	3,7	100
Valle d’Aosta	5	14,5	76	4,5	100
Liguria	5,4	16,4	73,4	4,8	100
Lombardia	3,9	16,8	74,6	4,7	100
Trentino Alto Adige / Südtirol	4,3	16	75,7	3,9	100
Veneto	4,8	17,1	72,7	5,3	100
Friuli-Venezia Giulia	5	18,3	71,5	5,2	100
Emilia-Romagna	5,5	17,1	73,2	4,3	100
Toscana	5,1	16,9	73,8	4,2	100
Umbria	8,2	18,4	69,3	4,1	100
Marche	5,9	15,7	73,2	5,1	100
Lazio	5,1	15,9	75	4	100
Abruzzo	5,3	16,3	73	5,4	100
Molise	5,9	15,4	74,1	4,6	100
Campania	4,9	14,6	75,1	5,4	100
Puglia	5	15,7	74,6	4,6	100
Basilicata	6,3	16,7	72,4	4,5	100
Calabria	5,7	18,3	70,3	5,7	100
Sicilia	6,1	15,8	71,4	6,7	100
Sardegna	6,9	19,2	67,1	6,9	100
Italia	5,1	16,5	73,5	4,9	100

3 [http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?a1=u2y4a94&a2=-_&n=\\$\\$\\$\\$9\\$\\$\\$\\$\\$\\$\\$\\$&o=5P&v=1V20929P09O-G000000000&p=0&sp=null&l=0&exp=0](http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?a1=u2y4a94&a2=-_&n=$$$$9$$$$$$$$&o=5P&v=1V20929P09O-G000000000&p=0&sp=null&l=0&exp=0)

Tabella 7 Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori assoluti in migliaia) - Italia Dettaglio regione (Gerarchia Amministrativa) Anno 2018.

REGIONI	Gravità delle limitazioni				
	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi	Senza limitazioni	Non indicato	Totale
Piemonte	228	760	3203	160	4351
Valle d'Aosta	6	18	96	6	126
Liguria	84	254	1138	74	1551
Lombardia	387	1676	7439	469	9972
Trentino Alto Adige / Südtirol	46	169	798	41	1054
Veneto	236	831	3539	260	4866
Friuli-Venezia Giulia	60	221	863	63	1207
Emilia-Romagna	243	757	3237	189	4426
Toscana	190	631	2747	156	3723
Umbria	72	162	611	36	882
Marche	91	240	1119	78	1528
Lazio	302	932	4400	234	5869
Abruzzo	69	214	960	71	1315
Molise	18	47	229	14	308
Campania	286	850	4369	314	5820
Puglia	203	635	3020	188	4046
Basilicata	36	95	411	26	567
Calabria	112	357	1374	111	1955
Sicilia	305	796	3587	338	5026
Sardegna	113	316	1103	113	1645
Italia	3088	9964	44245	2939	60235

In base a questi dati, la Sardegna, con una popolazione di poco superiore al 1.600.000 abitanti, ha oltre 113.000 persone con gravi limitazioni nelle attività abitualmente svolte.

4. Le principali fonti di dati sulla disabilità a livello nazionale e regionale

toria, psico-sensoriale, cardio-respiratoria, altre disabilità.

4.2 Inail Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.

L'Inail gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e tutela, mediante l'erogazione di prestazioni economiche, sanitarie e integrative, i lavoratori che subiscono un infortunio sul lavoro o contraggono una malattia professionale.

Al momento è l'Inail ad avere pubblicato i dati più aggiornati, risalenti al 2019, nella "Banca dati disabili", che è disponibile nel sito istituzionale dell'ente all'interno della sezione "Dati e statistiche". Tale banca dati è costituita dalle tavole statistiche ottenute elaborando le informazioni rilevate dagli archivi gestionali dell'ente sui titolari di rendite Inail.

All'interno della banca dati le informazioni sono articolate in base al tipo di disabilità: mo-

La "Banca dati disabili" offre la possibilità di selezionare il tipo di disabilità anche secondo ulteriori esigenze di ricerca:

- Regione
- Provincia
- Classe di età
- Livello di disabilità
- Settore ed evento lesivo
- Condizione professionale

Dalla analisi dei dati emerge che su base nazionale i disabili titolari di rendita INAIL al 31/12/2019 erano, complessivamente per tutti i tipi di disabilità, 582.802 (498.759 maschi e 84.043 femmine), mentre circoscrivendo i risultati al solo territorio della Regione Sardegna, i dati riportano un numero complessivo di titolari di rendita INAIL pari a 20.559, di cui 18.324 maschi e 2.235 femmine. La tabella successiva riporta l'incidenza all'interno

TERRITORIO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Cagliari	9.880	1.137	11.017
Sassari	3.989	371	4.360
Oristano	1.380	159	1.539
Nuoro	3.075	568	3.643
SARDEGNA	18324	2.235	20.559

Nella tabella che segue vengono riportati i dati in base al livello di disabilità: (fonte Banca Dati disabili INAIL)

Tabella 8: Numero soggetti per livello e tipologia di disabilità					
LIVELLO DI DISABILITA' (CLASSE DI GRADO)	TIPO DISABILITA'			ALTRE E INDETERM.	TOTALE
	MOTORIA	PSICO-SENSORIALE	CARDIO-RESPIRATORIA		
MEDIO (11% - 33%)	7.506	2.617	876	2.784	13.783
GRAVE (34% - 66%)	2.447	1.466	800	1.336	6.049
MOLTO GRAVE (67% - 99%)	201	123	110	111	545
ASSOLUTO (100% - 100% APC)	53	94	8	27	182
TOTALE	10.207	4.300	1.794	4.258	20.559

delle quattro province storiche.

4.3 Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Nel 2018 il MIUR ha pubblicato uno studio che analizza i dati relativi agli alunni con disabilità per l'anno scolastico 2016/2017⁴ su tutto il territorio nazionale.

“I dati raccolti dalle Rilevazioni sulle scuole – Dati generali per l’a.s. 2016/2017 mostrano come il totale degli alunni con disabilità sia cresciuto dell’8,3%, rispetto all’ultimo dato pubblicato dal MIUR relativo all’a.s. 2014/2015; tale incremento appare decisamente ragguardevole in particolare a fronte della diminuzione dell’1,6% del totale degli alunni frequentanti le scuole italiane, registrata tra i due anni. La percentuale degli alunni certificati sul totale dei frequentanti si approssima complessivamente, in media su tutti gli ordini di scuola, intorno al

2,9%.

- Il presente focus fornisce con cadenza biennale una fotografia del grado d’inclusione degli alunni con disabilità nel sistema scolastico italiano, riporta nello specifico dati sulle scuole a gestione statale e non statale, mostrando la distribuzione sul territorio italiano per i vari ordini scolastici, ed offre uno specifico approfondimento per le tipologie di scuola secondaria di II grado”.

Lo studio fornisce i dati relativi a:

- Il lasso di tempo che va dalla scuola dell’infanzia alla scuola secondaria di II grado,
- La gestione statale e non statale,
- Gli alunni con disabilità sul territorio,
- Le tipologie di disabilità,
- Gli alunni stranieri con disabilità,

⁴ “I principali dati relativi agli alunni con disabilità per l’anno scolastico 2016/2017” p. 3, MIUR Ufficio Statistica e Studi, Maggio 2018

4. Le principali fonti di dati sulla disabilità a livello nazionale e regionale



- La disabilità nella scuola secondaria di II grado,
- Le classi/sezioni con alunni con disabilità.

Si evidenzia una diversa distribuzione degli alunni con disabilità sulle macro-aree del Paese: la loro incidenza percentuale oscilla complessivamente fra il 2,6% e il 3,1%, con differenze anche tra le singole regioni. In generale le regioni dell'Italia centrale presentano la percentuale più elevata di alunni con disabilità sul totale dei frequentanti. Infatti se complessivamente è pari al 2,9% del totale:

- nel Centro Italia si attesta sul 3,1% con 51.259 alunni con disabilità su un totale di 1.676.891 alunni;
- nel Nord-Est si ha la percentuale più contenuta, pari al 2,6%, con 42.353 alunni con disabilità su 1.612.421 alunni complessivi;
- nel Nord-Ovest si registrano 66.804 alunni pari al 3% del totale dei frequentanti (2.210.078 alunni);
- nel Meridione si registra la percentuale del 2,9% con 93.950 alunni con certificazione su un totale di 3.206.060 frequentanti.

Osservando la tabella 4, è possibile notare che la percentuale di alunni con disabilità sul totale degli alunni oscilla da un minimo del 2,2% per la Basilicata ad un massimo del 3,6% per l'Abruzzo.

I valori riportati dalla Sardegna sono in linea con la media nazionale, con un valore leggermente superiore per la secondaria di primo e di secondo grado.

Nella tabella 5 si esaminano i dati per i diversi ordini di scuola:

1. **Infanzia**
 - a. le regioni dell'Italia centrale presentano mediamente una percentuale di alunni con disabilità sul totale alunni pari al 2,3% contro l'1,9% della media italiana;
 - b. le regioni con la quota di alunni con certificazione di disabilità più elevata sono il Lazio e l'Abruzzo, rispettivamente con una quota del

2,8% e del 2,4%.

2. **Primaria:**

a. Regioni nord-occidentali presentano una percentuale del 3,4%, più elevata rispetto alla media nazionale pari al 3,3%;

b. Hanno valori percentuali più alti la Sicilia, con il 3,8% sul totale degli alunni frequentanti nella regione, e la Lombardia, con il 3,7%, Abruzzo con il 3,6%, Lazio e Liguria con il 3,5%.

3. **Secondaria di I grado:**

a. le regioni del Nord-Ovest presentano mediamente una percentuale di alunni con disabilità più alta rispetto alla media nazionale pari al 4,4% del totale degli alunni, contro il 4% del dato nazionale;

b. in evidenza le percentuali di Abruzzo e Molise con il 4,9%; spicca anche la Lombardia con 4,8%.

4. **Secondaria di II grado:**

a. le regioni con la percentuale più elevata sono quelle collocate nell'Italia centrale e meridionale che presentano una percentuale media del 2,7% e quelle situate nel meridione una media del 2,5%; tra le singole regioni le percentuali più alte si riscontrano in Abruzzo, con il 3,6%, e in Umbria con il 3,1.

Dott.ssa Martina Pinna
Osservatorio Disabilità IERFOP

Prof. Alessandro Spano
Responsabile tecnico scientifico dell'Osservatorio Disabilità

4. Le principali fonti di dati sulla disabilità a livello nazionale e regionale

5. Le iniziative con finalità comuni

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, come già anticipato nella parte dedicata alle fonti normative, costituisce il primo grande trattato sui diritti umani del XXI secolo ed ha segnato un radicale cambio di prospettiva culturale, giuridica e scientifica, affermando un approccio alla disabilità fortemente basato sui diritti umani, che impone la necessità di introdurre elementi di innovazione nel modo di leggere e intervenire sulle diverse tematiche che riguardano la disabilità e le persone con disabilità.

Varie sono le iniziative di studio e di analisi che, partendo da tali presupposti, presentano caratteristiche in comune con l'Osservatorio delle disabilità di IERFOP e, che in linea con il ruolo svolto a livello nazionale dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, hanno l'obiettivo di fornire, a qualsiasi livello, un supporto tecnico-scientifico e informativo utile all'elaborazione di politiche in materia di disabilità efficaci e adeguate ai bisogni.

5.1. Istituto Studi Giuridici Internazionali del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Il lavoro di raccolta normativa, realizzato dall'Istituto Studi Giuridici Internazionali del CNR⁵, costituisce la base di riferimento per il lavoro dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità e dei suoi gruppi di lavoro.

Come un sistema statistico nazionale è strumento "routinario" di raccolta dati, così la raccolta normativa e la sua valutazione rappresentano l'attività istituzionale di riferimento per

l'Osservatorio.

I principali documenti programmatici, ufficialmente approvati dal governo nazionale (Piano sanitario e piani di settore nell'ambito dei trasporti delle politiche del lavoro, ecc.) e tuttora in vigore, rientrano in questo lavoro di raccolta sistematica e di valutazione.

5.2 Osservatorio sociale regionale della regione Toscana

Ispirandosi ai principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 e al modello bio-psico-sociale che sta alla base della International classification of functioning, disability and health (ICF), l'obiettivo dell'Osservatorio della Regione Toscana è quello di fornire ai decisori politici elementi e dati con lo scopo di contribuire e facilitare la definizione di strategie operative che supportino le persone con disabilità e le loro famiglie affinché possano conquistare pari opportunità e migliorare sensibilmente le loro condizioni di vita.

Questo nuovo punto di vista ha portato alla consapevolezza della necessità di abbattere le barriere, non sono quelle fisiche ma anche quelle sociali e culturali, per permettere alle persone con disabilità di poter partecipare attivamente alla vita della loro comunità.

5.3 Osservatorio Diritti e Osservatorio sui Diritti Umani (ODU)

Osservatorio Diritti è una testata online indipendente specializzata in inchieste⁶, analisi e approfondimenti sul tema dei diritti umani in Italia e nel mondo.

⁵ ISGI, La Convenzione delle Nazioni Unite del 2007 sui diritti delle persone con disabilità: modalità di recepimento, attuazione a livello nazionale e regionale, strumenti di monitoraggio. Rapporto finale, 2008

⁶ <https://www.osservatoriodiritti.it/tag/disabilita/>
<http://www.osservatoriosenile.it/focus-del-progetto>

5. Le iniziative con finalità comuni

Il progetto vuole offrire un'informazione indipendente, approfondita e aggiornata, senza tralasciare la qualità.

L'Osservatorio sui Diritti Umani (ODU) è un'associazione no-profit nata con l'obiettivo di promuovere la cultura dei diritti umani e allo stesso tempo sostenere il giornalismo indipendente.

Il suo primo scopo è quello di cercare di denunciare le violazioni dei diritti umani, favorendone la conoscenza e il rispetto. ODU nasce anche per promuovere il giornalismo indipendente e di qualità, con un'attenzione particolare a quello di approfondimento, analisi e inchiesta, soprattutto quando è legato al tema dei diritti umani, tanto in Italia quanto all'estero.

5.4 Invecchiamento Attivo e Prevenzione Disabilità - Osservatorio età pre-senile e senile per l'invecchiamento attivo e prevenzione disabilità

Con il termine di invecchiamento demografico, si intende l'aumento, in termini assoluti e percentuali, della fascia di soggetti ultra-sessantacinquenni rispetto al totale della popolazione. Questo fenomeno, unito alla bassa natalità sta portando sempre più a un cambiamento e a una forte eterogeneità della struttura sociale e sanitaria del nostro paese, in particolare in Sardegna.

L'Osservatorio si pone l'obiettivo di valutare questo fenomeno nel territorio dell'area Metropolitana di Cagliari a partire da un primo nucleo composto dai comuni di Quartu, Selargius e Parteolla, in modo da identificare soluzioni concrete e strategiche.

Il fine dell'osservatorio è quello di permettere la migliore erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali capaci di intercettare le esigenze emergenti delle categorie più deboli di cittadini.

Il progetto, è strutturato in modo tale da concentrarsi inizialmente sulla costruzione dell'impianto concettuale, identificando le diverse fonti informative, definendo gli indicatori significativi e verificando le logiche di popolamento dei dati del sistema, la loro estrazione con la collaborazione di un team multidiscipli-

nare. I dati e le informazioni raccolte saranno, poi, condivise con gli interlocutori interessati che operano all'interno del settore.

Prof. Alessandro Spano
Osservatorio Disabilità - IERFOP ONLUS
Responsabile tecnico scientifico dell'Osservatorio Disabilità

Dott.ssa Chiara Cortese
Osservatorio Disabilità IERFOP

Dott.ssa Martina Pinna
Osservatorio Disabilità IERFOP

6. Considerazioni conclusive e ipotesi di sviluppo futuro

Il fenomeno della disabilità, nelle sue varie forme, ha assunto una crescente rilevanza negli ultimi anni, per vari motivi. Da un lato, si è registrato un numero maggiore di soggetti classificabili come persone con disabilità, utilizzando le varie accezioni di tale termine. Inoltre, l'aumento della vita media contribuisce ad incrementare la rilevanza del fenomeno in questione. Dall'altro lato, è aumentata la percezione e la sensibilità verso le esigenze delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Inoltre, è cresciuta anche la sensibilità verso i temi dell'inclusione sociale e lavorativa delle persone con disabilità. A tale crescita di consapevolezza del fenomeno osservato non è corrisposto un pari aumento dei dati disponibili, soprattutto per quanto concerne i diversi elementi che caratterizzano la disabilità.

La disponibilità di dati accurati e aggiornati rappresenta una necessità per poter meglio pianificare adeguati interventi non solo a sostegno delle persone con disabilità, ma anche a beneficio dell'intera collettività in cui le persone con disabilità sono inserite. Spesso, tali dati sono frammentati tra i diversi enti che si occupano di specifici aspetti connessi alla condizione di disabilità, senza che vi sia la possibilità di riunire i dati disponibili per poter conoscere e supportare il soggetto disabile nella sua interezza. Ad esempio, alcuni enti, come l'INPS o l'INAIL dispongono di dati connessi alle loro finalità e al loro ambito di intervento, come ad esempio, le prestazioni pensionistiche o gli assegni di invalidità. Mentre altri soggetti, come le regioni e gli enti locali, o le direzioni scolastiche dispongono di altri dati che riguardano talvolta gli stessi soggetti, ma per finalità differenti. Ciò che manca è, appunto, la possibilità di

riunire i dati che riguardano lo stesso individuo e che potrebbero consentire la possibilità di interventi più efficaci, in grado di consentire una vera inclusione sociale e lavorativa.

L'analisi delle varie fonti di dati relative alla disabilità in Italia, presentata nel paragrafo 4, pone, infatti, in evidenza una forte criticità, rappresentata dalla frammentazione dei dati tra i vari enti che, a diverso titolo si occupano di disabilità.

La definizione di politiche pubbliche mirate al mondo della disabilità necessita di una base informativa completa e aggiornata, per poter individuare in modo più preciso i bisogni su cui intervenire. Anche la definizione di progetti più specifici, nell'ambito di tali politiche benefiche sarebbe fortemente di una banca dati di tale tipo, al momento, purtroppo, non disponibile né a livello nazionale né a livello regionale.

Il progetto Osservatorio disabilità di IERFOP si propone di promuovere la realizzazione di una banca dati di questo tipo da mettere a disposizione di tutti gli enti interessati. L'idea è di realizzare una banca dati in cui possano confluire i dati attualmente raccolti da vari enti, quali INPS, INAIL, Direzione Scolastica regionale, Regione Autonoma della Sardegna e Azienda per la Tutela della Salute (ATS). Tutti questi enti possiedono importanti dati che, messi a sistema, potrebbero consentire di realizzare una banca dati omnicomprensiva, in grado di supportare la definizione di politiche pubbliche maggiormente efficaci e di fornire una risposta ampia ai bisogni evidenziati.

Come riportato nel quarto paragrafo, al momento della stesura di questo rapporto (giugno 2020) l'unica fonte aggiornata in grado di fornirci una banca dati sulle persone con disabilità

6. Considerazioni conclusive e ipotesi di sviluppo futuro

aggiornata e apertamente accessibile online, è rappresentata dall'Inail, con dati aggiornati al 2019. Un'altra fonte relativamente aggiornata è rappresentata dall'Istat con dati aggiornati al 2018.

In altri casi, alcuni dai che sarebbero di interesse, non sono disponibili online, come nel caso del Ministero dell'Università e della ricerca, per quanto riguarda il mondo della scuola e dell'Università,

È importante avere dati aggiornati e completi, per poter meglio indirizzare le scelte politiche verso soluzioni adeguate al soddisfacimento di tutti i bisogni delle persone con disabilità.

La creazione di una banca dati in grado di raggruppare tutti i dati disponibili oggi in modo frammentato, consentirebbe di effettuare delle analisi in grado di ricostruire l'andamento della disabilità in uno stesso individuo. Osservare come la disabilità evolve in un singolo individuo consente di programmare interventi in anticipo e, conseguentemente, fornire una risposta molto più efficace. La disponibilità di dati nel tempo, inoltre, potrà consentire di comprendere i percorsi evolutivi della disabilità nella popolazione e individuare in modo anticipato possibili scenari futuri. Le moderne tecnologie di analisi di dati consentono di effettuare tali analisi con molta efficacia e precisione. Una maggiore conoscenza della tipologia e del grado di disabilità in riferimento a uno stesso soggetto consentirebbe di trattare il disabile come un soggetto cui offrire una pluralità di servizi e soluzioni, piuttosto che come il mero ricettore di interventi differenziati per finalità differenti e, spesso, non coordinati tra di loro.

Inoltre, l'osservazione e l'analisi di tali dati nel tempo e per un numero sufficientemente elevato di soggetti, consentirà di effettuare delle previsioni sull'evoluzione attesa della disabilità in determinate tipologie di soggetti. Questo, a sua volta, consentirebbe da un lato di anticipare l'offerta di servizi e dall'altro di ipotizzare interventi preventivi in grado di mitigare l'evoluzione della o delle disabilità che un soggetto potrebbe sviluppare in assenza di tali interventi.

In generale, la disponibilità di una banca dati

ampia sulle disabilità rappresenterebbe un fondamentale strumento per affrontare il mondo della disabilità in maniera olistica e, sicuramente, maggiormente efficace.

Solamente la cooperazione dei vari soggetti detentori di dati legati a vario titolo e per varie finalità alla disabilità potrà consentire di raggiungere questo importante obiettivo. Per tali motivi, IERFOP si auspica di poter avere la collaborazione degli enti sopra citati e di altri interessati a partecipare alla realizzazione di una banca dati sulle disabilità per poter fornire una importante fonte informativa per tutti i soggetti che operano nel campo della disabilità.

Prof. Alessandro Spano

Osservatorio Disabilità - IERFOP ONLUS

Responsabile tecnico scientifico dell'Osservatorio Disabilità

Bibliografia

Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., de Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: A scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, 19(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>

Anner, J., Schwegler, U., Kunz, R., Trezzini, B., & de Boer, W. (2012). Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: What to expect and what not. *BMC Public Health*, 12, 470. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-470>

Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, M. della S. (s.d.). Portale Italiano delle Classificazioni Sanitarie. Recuperato 1 maggio 2020, da https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=12

Masala, C., & Petretto, D. R. (2008). Psicologia dell'handicap e della riabilitazione: Dal "hand in cap" alla partecipazione. *Kappa*.

Masala, C., Petretto, D. R. (2008a). From disablement to enablement: Conceptual models of disability in the twentieth century, *Disability and Rehabilitation*, 30(17):1233-1244.

Nagi, S. Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: M. B., Sussman (Ed.). *Sociology and Rehabilitation*. (pp. 100-113). Washington D.C., American Sociological Association.

Scelfo, P., & Sapuppo, C. (2012). Storia e campi di applicazione della Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute. *Pratica Medica & Aspetti Legali*, 6(1), 21-29. <https://doi.org/10.7175/pmeal.v6i1.298>

Sinclair, L. B., Fox, M. H., & Betts, D. R. (2013). A tool for enhancing strategic health planning: A modeled use of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *The International journal of health planning and management*, 28(2), 172-180. <https://doi.org/10.1002/hpm.2125>

World Health Organization (WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). (2001). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

World Health Organization (WHO). (2004). ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute Versione breve. Erickson.

WHO World Health Organization (WHO) and World Bank (2011). *World report on disability*, Geneva.

Wood, P. H. N. (1989). Measuring the consequences of illness. *World Health Statistics Quarterly*, 42: 115-121.

Legislazione

Legge 30 marzo 1971, n. 118 Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili., (1971) (testimony of Gazzetta Ufficiale). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1971/04/02/071U0118/sg>

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate., (1992). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

Sitografia

Istat - Disabilità in cifre. <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Inail (Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) - Banca dati sui disabili. <http://apponline.inail.it/DisabiliApp/Italia.do?disabilita=N&codreg=42&desreg=SARDEGNA&sesto=T>

Osservatorio Diritti e Osservatorio sui Diritti Umani (ODU) <https://www.osservatoriodiritti.it/tag/disabilita/>

Osservatorio età pre-senile e senile per l'invecchiamento attivo e prevenzione disabilità <http://www.osservatorio-senile.it/focus-del-progetto>



ISTITUTO EUROPEO PER LA RICERCA, LA FORMAZIONE
E L'ORIENTAMENTO PROFESSIONALE DI ECCELLENZA
PER DISABILI ED EMARGINATI

Cagliari, via Platone 1/3

tel. 070.529981

fax 070.554275

www.ierfop.it

ierfop@ierfop.org

osservatorio@ierfop.org