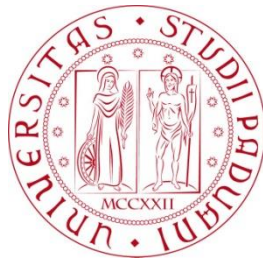


Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Scienze Statistiche
Corso di Laurea in
Scienze Statistiche Demografiche e Sociali



**L'INFORMAZIONE STATISTICA A SUPPORTO DEL
LEGISLATORE E DEL POLICY MAKER:
POTENZIALITA' E LIMITI DEI DATI DISPONIBILI IN
MATERIA DI SOSTEGNO AI DISABILI**

Relatore: Prof. Giovanna Boccuzzo
Dipartimento di Scienze Statistiche

Laureando: Flavio Casagrande
Matricola N. 407987/DS

Anno Accademico 2015/2016

INDICE

PRIMO CAPITOLO

La Legislazione nazionale, comunitaria e internazionale in materia di disabilità

1.1. L'evoluzione della legislazione nazionale sull'handicap.....	p. 1
1.1.1. Il quadro normativo antecedente la Costituzione Italiana	p. 2
1.1.2. Le novità introdotte dal dettato Costituzionale e le disposizioni normative degli anni Sessanta.....	p. 3
1.1.3. Le disposizioni normative degli anni Settanta e Ottanta	p. 7
1.1.4. La Legge 104 del 1992 e i suoi contenuti.....	p. 10
1.1.4.1. L'assistenza sanitaria e sociale	p. 11
1.1.4.2. L'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili.....	p. 12
1.1.5. Dalla Legge-quadro ad oggi: i principali sviluppi legislativi.....	p. 23
1.2. I contributi normativi fondamentali a livello internazionale.....	p. 25
1.3. Le principali disposizioni comunitarie.....	p. 27

SECONDO CAPITOLO

Le fonti informative sulla disabilità in Italia

2.1. Premessa	p. 31
---------------------	-------

2.2. Le fonti informative primarie.....	p. 32
2.2.1. Indagine Istat sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”.....	p. 33
2.2.2. Indagine Istat sui “Presidi residenziali socio assistenziali”.....	p. 35
2.2.3. Indagine sull’inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di 1° grado, statali e non statali	p. 36
2.2.4. Indagine Istat sugli “Aspetti della vita quotidiana”	p. 38
2.2.5. Indagine Istat sulle “Forze di lavoro”	p. 39
2.2.6. Rilevazione Istat sugli “Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati”.....	p. 40
2.2.7. Statistiche della previdenza e dell’assistenza sociale: i beneficiari delle prestazioni pensionistiche.....	p. 41
2.2.8. Elaborazioni sulle schede di dimissione ospedaliera.....	p. 43
2.2.9. Archivio INAIL sugli eventi lesivi (infortuni sul lavoro e malattie professionali)	p. 45
2.2.10. Monitoraggio dei servizi per l’impiego.....	p. 45
2.2.11. Sistema Informativo del Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca (SIMPI)	p. 46
2.2.12. Archivio Nazionale degli abilitati alla guida.....	p. 47
2.3. Le fonti informative secondarie.....	p. 47
2.3.1. Disabilità in cifre.....	p. 48
2.3.2. Pubblicazione Istat “La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale”.....	p. 49
2.3.3. Condicio.it.....	p. 50
2.3.4. Pubblicazioni della FISH Onlus.....	p. 51
2.3.5. Handylex.org.....	p. 51
2.4. Considerazioni critiche	p. 52

TERZO CAPITOLO

L'informazione statistica sulle caratteristiche socio-demografiche dei disabili

3.1. L'impegno profuso nella generazione di informazioni statistiche sui disabili.....	p. 53
3.2. La numerosità del fenomeno: diverse rilevazioni e differenti risultati	p. 54
3.3. Et� e genere dei soggetti con limitazione dell'autonomia funzionale.....	p. 60
3.4. La distribuzione territoriale del fenomeno.....	p. 62
3.5. La tipologia di limitazione funzionale.....	p. 64
3.6. Il livello di istruzione.....	p. 70
3.7. La condizione professionale.....	p. 75
3.8. Le persone con limitazioni funzionali in famiglia.....	p. 77
3.9. L'istituzionalizzazione delle persone con limitazioni funzionali a livello nazionale e territoriale.....	p. 80
3.10. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione con limitazioni funzionali.....	p. 84

QUARTO CAPITOLO

La qualit  dei dati statistici per lo studio dell'integrazione scolastica, lavorativa e sociale

4.1. L'importanza di una informazione di qualit�.....	p. 99
4.2. L'integrazione scolastica delle persone con limitazioni funzionali.....	p.100
4.3. Le persone con limitazioni funzionali e l'integrazione lavorativa.....	p.115
4.4. L'inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali: cultura, societ� e tempo libero.....	p.126

QUINTO CAPITOLO

Considerazioni critiche

sull'informazione statistica attualmente disponibile

5.1. Aspetti critici inerenti le fonti di dati.....	p.137
5.2. Criticità connesse all'informativa statistica sull'istruzione e sull'integrazione scolastica.....	p.139
5.3. Potenzialità dell'informazione statistica sulla formazione professionale e sull'integrazione lavorativa.....	p.150
5.4. Partecipazione sociale e integrazione sociale: le potenzialità dell'informazione statistica.....	p.155
5.5. Riflessioni conclusive.....	p.156
Bibliografia	p.157
Sitografia	p.158

INDICE DELLE FIGURE

Figura 2.1 – Il sistema di Indagini Multiscopo sulle famiglie.....	p. 33
Figura 3.1 - Persone con disabilità, di sei anni e più, per tipologia familiare (per 100 persone con le stesse caratteristiche) – Anno 2013.....	p. 77
Figura 3.2 - Posti letto per tipologia di “unità di servizio” e ripartizione geografica (tassi per 1000 residenti) – Anno 2011.....	p. 84
Figura 4.1 - Alunni con disabilità per ordine scolastico e anno scolastico (valori per 100 alunni).....	p. 102
Figura 4.2 - Numero medio di alunni con disabilità per insegnante di sostegno per regione ed ordine scolastico.....	p. 108
Figura 4.3 - Persone con disabilità iscritte agli elenchi unici provinciali del collocamento obbligatorio dall’1 gennaio al 31 dicembre, per area geografica. Anni 2008-2011 (val. assoluti).....	p. 121
Figura 4.4 - Assunzioni persone con disabilità durante gli anni 2010 e 2011, per tipologia contrattuale di inserimento. Per area geografica (v. ass.).....	p. 124
Figura 4.5 - Assunzioni persone con disabilità durante l'anno. Distribuzione per tipologia contrattuale di inserimento. Anni 2006-2011 (val. %)......	p. 125

INDICE DELLE TAVOLE

Tavola 3.1 - I quesiti utilizzati nella valutazione delle Activity of Daily Living (ADL).....	p. 56
Tavola 3.2 - Persone con limitazioni funzionali gravi di 15 anni e più che vivono in famiglia e titolari di indennità di accompagnamento di 15 anni e più per fasce di età (valori in migliaia) – Anno 2013.....	p. 59
Tavola 3.3- Persone con limitazioni funzionali di 6 anni e più, che vivono in famiglia, per classi di età e sesso – Anno 2013 (valori assoluti in migliaia e tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche).....	p. 61
Tavola 3.4- Persone con disabilità di 6 anni e più (valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Dettaglio regione - Anno 2013.....	p. 62
Tavola 3.5 - Persone con disabilità di 6 anni e più (valori percentuali sul totale della popolazione residente nelle singole Regioni) per classe di età - Dettaglio regionale - Anno 2013.....	p. 63
Tavola 3.6 - Persone con disabilità di 6 anni e più (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche) per tipo di disabilità e classe di età - Anno 2013.....	p. 65
Tavola 3.7 - Persone di 6 anni e più per presenza, tipo e livello di limitazioni funzionali, sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.....	p. 66
Tavola 3.8 - Persone con disabilità di 6 anni e più (valori assoluti in migliaia, valori percentuali riferiti al totale della popolazione residente nella singola ripartizione geografica) per tipo di disabilità e classe di età - Dettaglio ripartizione geografica - Anno 2013.....	p. 69
Tavola 3.9 - Persone di 15 anni e più per presenza di limitazioni funzionali e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.....	p. 70
Tavola 3.10 - Persone di 15 anni e più per presenza di disabilità e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età e sesso - Anno 2013.....	p. 72

Tavola 3.11 - Persone con disabilità di 15 anni e più per titolo di studio e tipo di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.....	p. 73
Tavola 3.12- Persone con disabilità e non di 15 anni e più per titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche) – Dettaglio Regionale - Anno 2013.....	p. 74
Tavola 3.13 - Persone di 15 anni e più per presenza di disabilità e condizione professionale dichiarata (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 76
Tavola 3.14 - Persone con disabilità di 15 anni e più per condizione professionale dichiarata e tipo di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.....	p. 76
Tavola 3.15 - Persone con limitazioni funzionali di 6 anni e più per tipologia familiare (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 78
Tavola 3.16 – Persone di 6 anni e più secondo la condizione abitativa, le risorse economiche e la presenza di limitazioni funzionali per classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.....	p. 80
Tavola 3.17 - Persone con limitazioni funzionali ospiti in istituto – Anno 2011.....	p. 81
Tavola 3.18 - Ospiti anziani non autosufficienti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (valori assoluti e percentuali sul totale della popolazione) - Dettaglio regionale - Anno 2011.....	p. 82
Tavola 3.19 – Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, posti letto, ospiti per tipologia di utenza e ripartizione geografica (valori assoluti e tassi per 1000 residenti) - Anno 2013.....	p. 83
Tavola 3.20 – Presenza di malattie croniche gravi in persone di 6 anni e più (per 100 persone con le stesse caratteristiche) classificate per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 86
Tavola 3.21 – Persone di 6 anni e più per tipo di malattie croniche, presenza di limitazioni funzionali e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.....	p. 87
Tavola 3.22 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (valori per centomila) per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 88
Tavola 3.23 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (valori per centomila) per classe di età, aggregati clinici di codice e sesso - Anno 2013.....	p. 89

Tavola 3.24 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (valori per centomila) per classe di età - Anno 2013.....	p. 91
Tavola 3.25: Accertamenti diagnostici effettuati dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 93
Tavola 3.26: Visite mediche generiche effettuate dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.....	p. 94
Tavola 3.27 - Visite mediche specialistiche effettuate dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 95
Tavola 3.28 - Ricoveri ordinari effettuati dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 96
Tavola 3.29 - Stato di salute percepito da persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) classificato per sesso e classe di età - Anno 2013.....	p. 97
Tavola 4.1 - Alunni con disabilità per tipologia di disabilità e ordine scuola - a.s.2014/2015.....	p.103
Tavola 4.2 - Alunni con disabilità per livello di autonomia (valori percentuali).....	p.105
Tavola 4.3 - Alunni con disabilità per tipologia di attività priva di autonomia ripartizione geografica e ordine scolastico (valori percentuali)	p.105
Tavola 4.4 - Alunni con disabilità per frequenza di incontri (escluso il GLH) tra famiglia e insegnanti curricolari, ripartizione geografica e ordine scolastico (valori percentuali).....	p.110
Tavola 4.5 - Alunni con disabilità per frequenza di incontri (escluso il GLH) tra famiglia e insegnanti di sostegno, ripartizione geografica e ordine scolastico (valori percentuali).....	p.111
Tavola 4.6 - Ausili didattici messi a disposizione dalla scuola per ordine scolastico (valori 100 scuole della stessa regione)	p.113
Tavola 4.7 - Adozione da parte dei centri provinciali di un sistema informativo di raccolta dati su domanda e/o offerta di lavoro in materia di collocamento mirato. Anni 2010-2011.....	p.118

Tavola 4.8 - Persone con disabilità iscritte agli elenchi unici provinciali del collocamento obbligatorio (art. 8), per sesso, per area geografica al 31 dicembre. Anni 2010-2011.....	p.120
Tavola 4.9 - Quota di riserva e posti disponibili al 31 dicembre nelle imprese private soggette ad obbligo di assunzione di soggetti con disabilità (art. 3, Legge 68/99). Classificazione per macro-area geografica. Anni 2010-2011 (v. ass e val. %)......	p.122
Tavola 4.10 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e livello di soddisfazione (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.....	p.127
Tavola 4.11 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e attività svolte nel tempo libero (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.....	p.129
Tavola 4.12 - Persone per presenza di disabilità e partecipazione sociale (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.....	p.130
Tavola 4.13 - Persone per presenza di disabilità e frequenza della pratica religiosa (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.....	p.131
Tavola 4.14 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e uso di servizi (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.....	p.132
Tavola 4.15 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità uso di servizi finanziari (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.....	p.133
Tavola 4.16 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e utilizzo dei mezzi di trasporto (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classi di età - Anno 2013.....	p.134
Tavola 5.1 - Proposta di indicatori addizionali.....	p.149
Tavola 5.2 - Esempi di progetti di monitoraggio locale dell'integrazione lavorativa dei disabili.....	p.154

*La Legislazione nazionale, comunitaria e internazionale
in materia di disabilità*

1.1 L'evoluzione della legislazione nazionale sull'handicap

Per comprendere l'evoluzione della legislazione nazionale in materia di disabilità è necessario premettere una caratteristica generale del sistema normativo italiano.

La legislazione nazionale, infatti, nell'affrontare uno specifico fenomeno segue un percorso evolutivo strettamente connesso e conseguente al mutamento culturale che, nel tempo, si sviluppa attorno allo stesso per effetto di molteplici condizioni di natura storica, ambientale, sociale, religiosa. Condizioni che concorrono al progresso di una società o talvolta ad una sua, magari temporanea, involuzione.

Per questa ragione ripercorrere le fasi principali dello sviluppo normativo italiano (come pure quello europeo e internazionale) sulla disabilità significa anche mettere in evidenza come si è modificata nel tempo la concezione della stessa e conseguentemente la condizione sociale dei soggetti affetti da limitazioni funzionali.

L'azione del legislatore in materia si è sviluppata lentamente, con notevoli gradi di difficoltà, in modo frammentario, lacunoso e talvolta contraddittorio. Espressione di tutto ciò è la notevole disomogeneità terminologica che si riscontra in alcuni dettati normativi. “A tal proposito basti pensare che termini quale “portatore di handicap”, “persona handicappata” e “disabile” sono apparse solo di recente e hanno trovato una prima definizione di carattere giuridico soltanto con la Legge Quadro 104/92”¹.

Di seguito si propone un breve excursus delle principali tappe compiute a livello normativo al fine di delineare l'attuale quadro legislativo di riferimento, elemento

¹ Cfr. “La Legislazione statale per i cittadini disabili” disponibile sul sito internet <http://www.conosciamocimeglio.it>.

essenziale per la definizione successiva dei bisogni informativi finalizzati all'attuazione delle disposizioni normative.

1.1.1 Il quadro normativo antecedente la Costituzione Italiana

Nel nostro paese, fino alla metà dell'Ottocento la condizione dei disabili viene assimilata a quella degli indigenti e dei poveri in genere. L'assistenza nei loro confronti viene considerata un fatto privato, di cui prevalentemente si fa carico la Chiesa attraverso varie istituzioni specializzate per categorie di assistiti; si pensi ad esempio agli ospizi per i pellegrini o agli ospedali per gli infermi. La funzione assistenziale, educativa e di avviamento al lavoro di poveri e disabili in genere viene attribuita alle Opere Pie mediante la Legge n.753 del 1862. Lo Stato, dunque, resta in disparte e si riserva solo l'onere di eventuali interventi al fine della tutela dell'ordine pubblico.

Ad eccezione di questo provvedimento normativo non si rinvengono riferimenti legislativi antecedenti i primi decenni del Novecento che considerino la persona disabile quale individuo titolare di diritti soggettivi particolari.

È soltanto nell'immediato primo dopoguerra, infatti, che lo Stato, per la prima volta, interviene con specifici provvedimenti diretti ad una particolare categoria di soggetti disabili ossia gli invalidi e i mutilati di guerra. Nei loro confronti vengono previsti interventi economici e sanitari e forme di avviamento professionale. Queste disposizioni sono raccolte in due contributi normativi: la Legge 481 del 25 marzo 1917 relativa al collocamento obbligatorio per i mutilati e invalidi di guerra e, successivamente, la Legge 1132 del 21 agosto 1924 inerente le aliquote di invalidi di guerra da assumere obbligatoriamente da parte dei datori di lavoro. Sono leggi che originano dalla volontà dello Stato di provvedere al "risarcimento del danno" derivante dalla partecipazione al conflitto bellico.

Nel corso degli anni, attraverso molteplici ed articolate disposizioni legislative, si amplia la gamma di soggetti con disabilità a favore dei quali sono previste diverse forme di assistenza sia economica (pensioni, assegni di invalidità), sia medica. Le categorie da assistere vengono perciò individuate o in base all'origine della limitazione funzionale ("invalido per cause di servizio", "invalido per cause di lavoro") o in base alla tipologia (sordomuti, ciechi, ex-tubercolosi).

Durante gli anni Trenta – Quaranta del secolo scorso si susseguono nuovamente altri provvedimenti rivolti a gruppi di “minorati” specifici e ben definiti. Aspetto peculiare comune a questa normativa frammentaria è la sua “impronta pensionistica”: l’intervento assistenziale viene considerato quasi esclusivamente mediante l’erogazione periodica di somme di denaro. Non si rinviene alcuna predisposizione ed offerta di servizi a favore dell’autonomia e dell’integrazione dei soggetti disabili.

Caratteristiche fondamentali della legislazione in questo periodo sono:

- la legittimazione della separazione dei disabili dal contesto sociale;
- la monetizzazione della limitazione funzionale, quale risposta ai bisogni e alle esigenze delle famiglie con disabili;
- la suddivisione dei cittadini con disabilità in categorie.

Si affermano così criteri e linee di intervento che guideranno tutta la legislazione dei decenni seguenti e, in parte, quella vigente. La divisione in categorie, individuate in base al tipo di disabilità o alla causa, e il procedere con interventi settoriali e specifici, rappresentano le caratteristiche principali della legislazione sociale nel settore anche dopo la promulgazione della Costituzione.

1.1.2 Le novità introdotte dal dettato Costituzionale e le disposizioni normative degli anni Sessanta

La tutela introdotta dalla Costituzione a favore delle persone con disabilità trova la sua espressione in quattro articoli contenuti nei “Principi fondamentali” del dettato costituzionale (artt. 2 e 3) e nella Parte Prima rubricata “Diritti e doveri dei cittadini” al Titolo II “Rapporti etico-sociali” (art. 34) e al Titolo III “Rapporti economici” (art. 38).

Entrando nello specifico, nell’art. 2² afferma che la Repubblica riconosce l’esistenza di un sistema di diritti inviolabili dell’individuo e ne garantisce l’effettiva realizzazione; obbliga inoltre la Comunità civile all’osservanza di doveri inderogabili di solidarietà sociale, economica, politica nella direzione di un vantaggio globale. Si sottolinea, in questo modo, la responsabilità reciproca di tutti i cittadini.

² Cfr. *La Costituzione della Repubblica Italiana*, che all’art. 2 stabilisce che “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”.

In tale articolo viene quindi riconosciuto e affermato il *valore della persona*, sia individualmente che in gruppo e la possibilità che essa possa sviluppare pienamente la propria personalità, che possa compiere le proprie scelte, facendo valere i propri diritti e adempiendo ai propri doveri.

Nella Costituzione, inoltre, il concetto di uguaglianza effettiva ottiene finalmente una configurazione giuridica chiara e completa per tutti i cittadini, “senza distinzione di sesso, di razza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”³.

L’art. 3⁴ stabilisce che l’individuo disabile è su un piano di assoluta parità con la persona sana, sia per dignità sociale, sia sul piano del diritto al pieno sviluppo della propria personalità e alla effettiva partecipazione alla costruzione sociale. Tale articolo, inoltre, rende manifesta, al secondo comma, la piena consapevolezza della presenza di ostacoli di diversa natura che devono essere rimossi in quanto limitano, nei fatti, la parità dei cittadini.

In definitiva si vuole promuovere e garantire un’uguaglianza non solo a parole, ma concreta, della quale è responsabile in primo luogo la Repubblica che si assume l’onere di “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”⁵.

Viene, quindi, affermato sia il principio di *uguaglianza formale* – tutti i cittadini sono uguali davanti alla legge e non possono essere emanate leggi che abbiano carattere discriminatorio – sia il principio di *uguaglianza sostanziale* – non basta trattare tutti allo stesso modo, occorre attivarsi efficacemente per colmare le lacune di partenza di chi si trova in una situazione di svantaggio.

Parimenti rilevanti sono, poi, gli articoli 34 e 38: “La scuola è aperta a tutti. L’istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita...”⁶,

³ Cfr. *La Costituzione della Repubblica Italiana*, che all’art. 2 stabilisce che “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.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’uguaglianza 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”.

⁴ Cfr. *La Costituzione della Repubblica Italiana*, che all’art. 3, primo comma stabilisce che “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”.

⁵ Cfr. *La Costituzione della Repubblica Italiana*, che all’art. 3, secondo comma.

⁶ Cfr. *La Costituzione della Repubblica Italiana*, che all’art. 34 stabilisce che “La scuola è aperta a tutti. L’istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita.

“...Gli inabili e i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale... Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato”⁷.

La Costituzione riconosce, quindi, la *parità di diritti al cittadino con disabilità a tutti i livelli*: in ambito scolastico, lavorativo e sociale; questi principi, tuttavia, rimangono per lo più una promessa in quanto non vengono emanati dallo Stato specifici provvedimenti per la loro regolamentazione. Il sistema assistenziale, infatti, continua ad essere regolato da una normativa frammentaria e settoriale alla quale consegue, da un lato, una crescita eccessiva di enti nazionali e locali cui vengono assegnati compiti gestionali in materia, dall’altro la categorizzazione dei bisogni dei cittadini (assistenza economica, assistenza sanitaria, collocamento al lavoro, ecc.) che comporta una serie di disuguaglianze nelle prestazioni assistenziali, soprattutto di carattere economico e sociale.

Per quanto riguarda l’*assistenza economica* vengono emanate leggi a favore dei ciechi (L. 66/62), dei sordomuti (L. 381/70) degli invalidi civili – categoria che include anche i disabili psichici – (L.118/71) consolidando così la pratica della monetizzazione della disabilità. Queste disposizioni, inoltre, comportano l’erogazione di sussidi “a pioggia”, senza alcuna logica sottostante e inadeguati a rispondere ai bisogni dei disabili. Tali sussidi, infatti, sono di modesta entità economica e vengono spesso erogati nelle zone più povere del paese, fungendo quasi da “ammortizzatore sociale” a condizioni di generalizzato disagio, anziché come mezzo per combattere l’isolamento dei soggetti disabili.

Gli interventi normativi costituzionali, oltre a favorire la *suddivisione del “settore handicap” in molteplici categorie di disabili*, si caratterizzano anche per la propensione alla soluzione dei problemi dei disabili seguendo la *logica della separazione delle*

I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi. La Repubblica rende effettivo questo diritto con borse di studio, assegni alle famiglie ed altre provvidenze, che devono essere attribuite per concorso”.

⁷ Cfr. *La Costituzione della Repubblica Italiana*, che all’art. 38 stabilisce che “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L’assistenza privata è libera.”

persone con limitazioni funzionali dal resto della società. Si ritiene, infatti, che gli individui con particolari problemi abbiano bisogno di speciali strutture.

Così, in materia di *educazione*, ad esempio, vengono emanate disposizioni amministrative che prevedono le classi differenziali, le scuole speciali, i laboratori protetti.

Alle scuole speciali vengono destinati i bambini definiti “irrecuperabili”, mentre le classi differenziali vengono riservate ai bambini ritenuti suscettibili di correzione e quindi reinseribili in un momento successivo nella scuola di tutti. Scuole speciali e classi differenziali raggiungono il massimo della loro espansione negli anni ‘71/’72⁸.

I laboratori protetti vengono ideati per facilitare l’ingresso i disabili nelle normali attività produttive, sono quindi pensati come struttura transitoria che deve fornire una preparazione concreta al lavoro; tuttavia essi finiscono ben presto per diventare ennesime strutture emarginanti perché vengono a mancare un confronto e un contatto con le forze politiche, sociali e in particolare con le organizzazioni dei lavoratori. I laboratori protetti diventano delle “aree di parcheggio” in cui i disabili svolgono attività ripetitive che non favoriscono né la socializzazione né la formazione professionale.

Quanto all’*inserimento lavorativo* le persone con limitazione funzionale continuano ad essere considerate in relazione alle cause della disabilità. Fino alla metà degli anni Sessanta la normativa sul collocamento obbligatorio è orientata unicamente all’ampliamento delle categorie degli aventi diritto. Per tale ragione, accanto alle categorie dei mutilati ed invalidi di guerra si aggiungono quelle degli invalidi per servizio e lavoro, nonché i disabili per altre cause (ciechi, sordomuti ed invalidi civili).

Solo con la Legge 482 del 1968 si provvede al riordino della precedente normativa di settore. A tal proposito vengono individuate nove categorie di soggetti che potevano usufruire della disciplina del collocamento obbligatorio: i mutilati ed invalidi di guerra, gli invalidi civili di guerra, gli invalidi del lavoro, i ciechi, i sordomuti, gli orfani e le vedove di guerra, gli invalidi civili – ossia i soggetti con una riduzione della capacità lavorativa non inferiore ad 1/3. Vengono esclusi da tale categorizzazione, quindi dai vantaggi attribuiti attraverso questa norma, i disabili psichici, cioè coloro che presentano un ritardo mentale causato da un danno celebrale. Tali soggetti potranno ottenere il riconoscimento dell’invalidità solo nel 1971 con la Legge 118 del 30 marzo e

⁸ Cfr. ISTAT, *Annuario statistico dell’istruzione*, anni vari.

verranno ammessi nelle liste di collocamento obbligatorio grazie all'intervento della Corte Costituzionale (sentenza n.50) nel 1990.

Pur avendo introdotto importanti innovazioni per le persone con disabilità, la Legge 482 ha rivelato negli anni alcuni punti deboli. Particolarmente rilevante al proposito è il fatto che i lavoratori disabili vengono collocati unicamente per chiamata secondo l'anzianità di collocamento e non tenendo conto della rispondenza tra le capacità del lavoratore e le mansioni richieste. La legge rivela, in questo modo, la sua incapacità di offrire una valida soluzione ai problemi di integrazione lavorativa dei disabili, non ponendosi l'obiettivo di valorizzare le abilità e le capacità residue della persona al fine di un suo efficace inserimento in un contesto lavorativo.

Inoltre, non essendo previsto alcun controllo sulle aziende obbligate all'assunzione delle categorie protette, si verifica una consistente evasione; molte aziende preferiscono pagare delle sanzioni, tra l'altro esigue, piuttosto che farsi carico dei problemi che potrebbero sorgere assumendo una persona con limitazioni funzionali.

“Un ambito della legislazione in favore dei disabili che, a metà degli anni Sessanta, comincia a muovere i suoi primi passi è quello dedicato alle *barriere architettoniche*. [...] Grazie ad una circolare ministeriale datata 1968 viene prevista l'eliminazione di tali barriere sia nelle nuove costruzioni che in caso di ristrutturazione di quelle esistenti. Si tratta di una disposizione che in realtà non verrà attuata, ma che costituisce il primo passo verso una disciplina della materia”⁹

1.1.3 Le disposizioni normative degli anni Settanta e Ottanta

A partire dagli anni Settanta ha inizio un processo innovativo che porterà ad una crescente attenzione del legislatore verso i disabili e a una graduale affermazione dei diritti di questi ultimi. Sono anni di fervore culturale e di lotte contro le istituzioni totali e contro l'emarginazione. L'intento è quello di affermare i diritti civili delle persone disabili e favorire la loro effettiva integrazione ed inclusione sociale.

Una prima tappa rilevante di questo cammino è data dalla Legge 118 del 1971, che, pur riguardando soltanto una fascia residuale di disabili, gli invalidi civili, contiene,

⁹ Cfr. AA.VV., *Progetto Sistema Informativo sull'Handicap. Fase 1: studio di fattibilità. Rapporto finale 22 agosto 2000*, ISTAT, 2000, p. 16.

per la prima volta, principi ed enunciazioni di carattere generale che, finalmente, sono diretti a promuovere il reinserimento e l'integrazione. Essa riguarda una pluralità di aspetti quali l'intervento economico, l'inserimento scolastico e lavorativo, l'istruzione professionale, ecc.; definisce i destinatari in modo complessivo e si riferisce a tutti i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite compresi i disabili psichici.

L'art. 28 stabilisce che: "L'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, salvo i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali. Sarà facilitata inoltre la frequenza degli invalidi e mutilati civili alle scuole medie superiori e universitarie. Le stesse disposizioni valgono per le istituzioni prescolastiche e per i doposcuola"¹⁰.

In questa fase di cambiamento il sistema di strutture speciali viene ridimensionato: le scuole speciali subiscono, nel giro di un decennio, un calo del 60% come numero di istituti e un calo del 75% come numero di alunni; le classi differenziali, dopo una notevole riduzione, vengono soppresse; gli istituti vengono ridimensionati in misura più limitata, ma subiscono anche loro, nel giro di un decennio, una diminuzione dei ricoveri di circa un quarto¹¹.

L'incontro tra popolazione "normale" e "diversa" cambia molto l'immagine delle persone con disabilità nell'esperienza collettiva; la conoscenza diretta aiuta a superare molti stereotipi e pregiudizi e forse anche a scoprire le differenze tra i disabili e, ancora, l'originalità di ogni persona al di là della sua limitazione funzionale.

La legge 118/71 segna una svolta anche per quanto riguarda le strutture alternative al ricovero in istituto. Lo Stato, infatti, per la prima volta, propone "istituzioni terapeutiche quali comunità di tipo residenziale e simili"¹² quale risposta maggiormente idonea a soddisfare le esigenze degli individui disabili.

Tale contributo normativo resterà per tutto il decennio, e anche oltre, il punto di riferimento principale di tutta la successiva legislazione fino all'introduzione della Legge-quadro 104/92.

¹⁰ Cfr. Legge n. 118 del 1971.

¹¹ Cfr. "La Legislazione statale per i cittadini disabili" disponibile sul sito internet <http://www.conosciamocimeglio.it>

¹² Cfr. art. 4 della Legge n. 118 del 1971.

A partire dagli anni Settanta si susseguono specifiche disposizioni che riguardano vari settori e aspetti del problema disabilità e che concorrono a costruire la rete attuale dei diritti civili dei disabili.

In questo periodo vengono emanati, inoltre, provvedimenti che, sebbene non diretti ai cittadini con limitazioni funzionali, pongono le premesse per la successiva evoluzione della regolamentazione a favore dei disabili.

Un'ulteriore disposizione normativa rilevante per gli anni Settanta è l'emanazione della Legge 833 del 1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" con la quale si riconosce a tutti i cittadini il diritto alla salute a prescindere dalla condizione socio-professionale, nelle tre forme di intervento preventivo, curativo e riabilitativo.

Con l'entrata in vigore di tale legge, cui seguono le leggi regionali applicative, la gestione dell'assistenza sanitaria è competenza delle Unità Sanitarie Locali (USL). Le forme di assistenza che le USL devono assicurare, e che in particolare riguardano i disabili, sono, oltre all'assistenza sanitaria diretta al recupero funzionale e sociale, l'assistenza riabilitativa e protesica. A livello regionale, tuttavia, questa norma non è stata recepita in maniera univoca causando difficoltà nel definire quali siano esattamente i compiti di carattere sociale delle USL e dei Comuni, e ancor più nel predisporre ed impiegare i finanziamenti regionali per i diversi interventi assistenziali.

Nel 1978, inoltre, vi è la promulgazione della Legge 180 i cui principi fondamentali sono: smantellamento dei manicomi, rispetto della persona, fiducia nella curabilità dei disturbi, assistenza a livello territoriale. Pur nell'ambiguità e nella contraddittorietà di alcune sue formulazioni, tale legge rappresenta una rilevante conquista culturale e civile.

In questa fase di evoluzione legislativa, per quel che riguarda le normative che direttamente interessano i disabili, non ci sono cambiamenti notevoli nei criteri seguiti. Si continua ad intervenire in maniera settoriale considerando i cittadini con limitazioni funzionali sempre secondo il criterio della categorizzazione, ad eccezione di alcune disposizioni, come la Legge 517/77 che sancisce il diritto alla frequenza scolastica di tutti i soggetti disabili.

Se comunque si considera l'intera produzione legislativa di questo periodo e si cerca un'integrazione fra le diverse disposizioni emanate si ha di fronte un labirinto,

entro il quale, pur faticosamente, è possibile individuare molti diritti civili gradualmente esigibili da tutti i cittadini disabili.

In questo periodo, accanto all'intensa e crescente produzione legislativa a livello nazionale, inizia a svilupparsi, in seguito al decentramento regionale e al progressivo trasferimento di diverse competenze dallo Stato alle Regioni, anche una normativa regionale sulla problematica della disabilità.

Alla fine degli anni Ottanta la legislazione risulta notevolmente ampliata e vasta, ma settoriale, disorganica e largamente inapplicata. Il quadro normativo è sempre più complesso e poco incisivo al fine di migliorare l'effettivo processo di integrazione delle persone con limitazioni funzionali. Emerge così fortemente l'esigenza di superare la frammentazione delle leggi in questo settore e la necessità di un intervento legislativo organico in materia.

1.1.4 La Legge 104 del 1992 e i suoi contenuti

L'evoluzione culturale maturata nel ventennio intercorso tra gli anni Settanta e gli anni Ottanta, conduce all'approvazione della Legge-quadro 104 del 1992 inerente l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili.

Tale provvedimento costituisce un punto di arrivo in quanto affermazione, nei suoi contenuti, di un nuovo modo di concepire le persone disabili e i loro bisogni all'interno della società; allo stesso tempo, tuttavia, rappresenta un fondamentale punto di partenza per l'attuazione di politiche più idonee a cogliere le nuove esigenze di piena cittadinanza ed integrazione della popolazione disabile.

Quanto alla nuova *concezione della persona con disabilità* la Legge-quadro accoglie, sostanzialmente, le definizioni proposte dall'Organismo Mondiale della Sanità che nel 1980 ha elaborato una classificazione della disabilità corretta e universalmente condivisa.

La persona con limitazioni funzionali viene così definita come: "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" (art.3).

Nella legge, inoltre, vengono dettati i parametri per il riconoscimento del grado di gravità della disabilità. Il disabile grave è quella persona che ha una minorazione che riduce l'autonomia ed è bisognosa di assistenza in forma permanente, continuativa e globale, sia nella sfera individuale sia nella sfera di relazione.

Per la prima volta sul piano legislativo si pone al centro la persona nella sua globalità, indipendentemente dallo stato e dal tipo di limitazione funzionale di cui soffre, con un approccio innovativo che considera il disabile nel suo sviluppo unitario dalla nascita alla presenza in famiglia, nella scuola, nel lavoro e nel tempo libero.

Ai fini di una breve analisi delle disposizioni raccolte in questa legge, nel proseguo si prendono in considerazione separatamente i principali ambiti che la stessa disciplina, ossia:

- l'assistenza,
- l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili.

L'obiettivo è quello di evidenziare per ciascun ambito le previsioni fondamentali poste a tutela della persona disabile.

1.1.4.1 L'assistenza sanitaria e sociale

La Legge 104/92, in relazione alla questione dell'assistenza sanitaria e sociale, considera prioritaria la prevenzione seguita dalla cura e dalla riabilitazione disciplinate rispettivamente agli articoli 6 e 7. L'aspetto innovativo di tale norma è rappresentato dal fatto che essa non si limita a stabilire i principi generali, ma indica anche concrete vie di attuazione degli stessi.

In particolare, l'art. 6 intitolato alla *prevenzione e diagnosi precoce*, affida alle Regioni tale compito indicando specifiche direttive di azione tra cui l'onere di:

- programmare interventi per la prevenzione e la diagnosi prenatale e precoce delle minorazioni;
- predisporre un sistema informativo e di educazione sanitaria della popolazione in merito alle cause e conseguenze della disabilità, nonché alla prevenzione in fase preconcezionale, durante la gravidanza, il parto, il periodo neonatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita;

- individuare e rimuovere i fattori di rischio che possono determinare malformazioni congenite e patologie invalidanti;
- disciplinare i servizi connessi al periodo della gravidanza, al parto e alla fase neonatale per l'individuazione e il trattamento di particolari patologie;
- prevedere un'attività di prevenzione permanente che tuteli i bambini fin dalla nascita anche mediante il coordinamento con gli operatori degli asili nido, delle scuole materne e dell'obbligo, per accertare l'inesistenza o l'insorgenza di patologie e di cause invalidanti. A tal fine la legge stabilisce l'introduzione di un libretto sanitario personale, su cui sono riportati i risultati dei controlli previsti per legge ed ogni altra notizia sanitaria utile a stabilire lo stato di salute del bambino.

La cura e la riabilitazione vengono disciplinate, invece, all'art.7 nel quale si sottolinea come queste ultime debbano essere realizzate mediante l'integrazione di prestazioni sanitarie e sociali volte a valorizzare le abilità della persona disabile, prevedendo anche il coinvolgimento della famiglia e della comunità.

A questo fine il servizio sanitario nazionale, tramite strutture proprie o convenzionate, assicura gli interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona disabile, nonché gli specifici interventi riabilitativi e ambulatoriali, a domicilio o presso i centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale. Si occupa inoltre della fornitura di apparecchiature, attrezzature, protesi e sussidi tecnici necessari per il trattamento delle menomazioni.

Interessante è sottolineare come la cura e la riabilitazione non attengano unicamente all'aspetto fisico-funzionale, ma includano anche il sostegno psicologico al fine del massimo potenziamento delle capacità residue del disabile per migliorarne le opportunità di integrazione sociale.

1.1.4.2 L'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili

L'integrazione del disabile nel contesto sociale è uno degli aspetti maggiormente innovativi della Legge 104/92 che all'art.8 prevede molteplici vie di attuazione di politiche che favoriscano sia l'inserimento che l'integrazione dei disabili. Quest'ultimo concetto presuppone un ulteriore passo avanti rispetto all'idea dell'inserimento della persona con disabilità nella società. Mentre l'inserimento, infatti, è l'espressione di una

volontà civile, l'integrazione ne è il risultato sociale. L'inserimento di una persona con limitazioni funzionali può esaurirsi in un semplice trasferimento da una realtà ad un'altra, l'integrazione presuppone invece un coinvolgimento dell'intera realtà sociale che s'impegna, non solo a livello di ideali, ma anche a livello di attuazioni concrete.

La legge in esame, in particolare, stabilisce che ai fini dell'inserimento e l'integrazione della persona disabile sia necessario: prevedere interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio di aiuto domestico ed economico a favore del disabile e del suo nucleo familiare; predisporre servizi di aiuto personale al disabile con grave limitazione dell'autonomia personale¹³; assicurare l'accessibilità degli edifici pubblici e privati mediante l'eliminazione delle barriere fisiche ed architettoniche; garantire l'effettivo diritto allo studio e all'informazione della persona disabile anche mediante l'ausilio di specifiche dotazioni tecniche; tutelare lo sviluppo della persona nel suo complesso favorendo l'accesso alle strutture sportive, ricreative e sociali, l'uso di mezzi di trasporto pubblici e privati, lo svolgimento di un'attività lavorativa.

La Legge-quadro stabilisce inoltre specifiche misure per l'affidamento del bambino disabile presso nuclei familiari idonei e per il sostegno di Comunità alloggio, case-famiglia e servizi residenziali analoghi al fine di favorire la deistituzionalizzazione del disabile.

In sintesi, quindi, ai fini del conseguimento di una effettiva e piena integrazione dei disabili nella vita della società è necessario affiancare alle misure assistenziali sanitarie e sociali il riconoscimento di un sistema di diritti e la previsione di specifiche politiche attuative che diano concretezza a questi ultimi.

Di seguito si prendono in considerazione i singoli diritti richiamati dalla Legge quadro e le politiche attuative previste per conseguire l'integrazione sociale.

a) Il diritto all'educazione e all'istruzione e l'integrazione scolastica

L'art. 12 della normativa in oggetto sancisce esplicitamente il diritto all'educazione e all'istruzione in favore delle persone disabili. Tale diritto viene riconosciuto ad ogni cittadino a prescindere dalla condizione di gravità della disabilità.

¹³ Specifici provvedimenti al proposito sono contenuti negli artt. 9 e 10 della Legge 104/92.

La sua tutela si applica fin dalla prima infanzia mediante la garanzia di inserimento negli asili nido di bambini disabili da 0 a 3 anni e si estende, poi, nell'assicurare la partecipazione alla scuola materna e l'inclusione nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.

L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione (art.12, comma 3).

Le disposizioni espresse dalla Legge-quadro in questo ambito, recependo i criteri e i principi accettati e condivisi a livello Europeo, rappresentano un'importante linea guida da percorrere. Di rilievo al riguardo sono la previsione, a seguito dell'acquisizione della documentazione risultante dalla Diagnosi Funzionale, della redazione di un Profilo Dinamico Funzionale (PDF) e di Piani Individualizzati di Studio (PEI) alla quale collaborano diverse professionalità accanto alla famiglia del disabile.

Il procedimento di integrazione scolastica previsto dalla Legge 104, dunque, può essere riassunto in quattro fasi:

1. l'individuazione dell'handicap;
2. la diagnosi funzionale;
3. il profilo dinamico-funzionale;
4. il piano educativo individualizzato.

Entrando nello specifico, per diagnosi funzionale (D.F.), secondo l'art. 3, comma 2, del D.P.R. 24/2/94, "si intende la descrizione analitica della compromissione dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap, al momento in cui si accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli articoli 12 e 13 della legge 104/92".

Essa è redatta dall'Unità multidisciplinare della ASL, composta dallo specialista, dal neuropsichiatra infantile, dal terapeuta della riabilitazione e dagli operatori sociali. La sua stesura, infatti, deriva "dall'acquisizione di elementi clinici e psico-sociali. Gli elementi clinici si acquisiscono tramite la visita medica diretta dell'alunno e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente. Gli elementi psico-sociali si acquisiscono attraverso specifica relazione in cui siano ricompresi: a) i dati anagrafici del soggetto; b) i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare

(composizione, stato di salute dei membri, tipo di lavoro svolto, contesto ambientale, ecc.)”.

I contenuti della D.F. sono: l’anamnesi familiare, gli aspetti clinici (anamnesi psicologica e patologica, diagnosi clinica), gli aspetti psicologici (area cognitiva, affettiva-relazionale, linguistica, sensoriale, motorio-prassica, neuropsicologica, autonomia).

Passando al Profilo Dinamico Funzionale (P.D.F.), secondo la Legge 104/92 e il D.P.R. 24/2/94 – l’atto d’indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie locali in materia di disabilità - è un documento contenente la descrizione delle difficoltà e dello sviluppo potenziale dell’alunno disabile nei tempi brevi (sei mesi) e medi (due anni). Il P.D.F. riguarda sia l’asse cognitivo, che affettivo-relazionale, che comunicazionale, linguistico, sensoriale, motorio-prassico, neuropsicologico, nonché l’autonomia e l’apprendimento. Alla sua redazione provvede un’unità multidisciplinare composta dai docenti curricolari e dagli insegnanti specializzati della scuola, che riferiscono sulla base della diretta osservazione e dell’esperienza maturata in situazioni analoghe, con la collaborazione dei familiari dell’alunno disabile.

Il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), infine, è il documento nel quale vengono descritti gli interventi finalizzati alla piena realizzazione del diritto all’educazione, all’istruzione e all’integrazione scolastica come prevede l’art. 5 del D.P.R. 24/2/94.

La legge 104/92, poi, afferma all’art. 13 che l’integrazione scolastica si realizza anche attraverso altri importanti provvedimenti (di cui trattano anche gli artt. 14, 15,16).

In primo luogo occorre una programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socioassistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati. Il tutto si realizza mediante la stipula di accordi programma finalizzati alla predisposizione, attuazione e verifica congiunta di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché a forme di integrazione tra attività scolastiche e attività integrative extrascolastiche.

In secondo luogo è necessario garantire alle scuole e alle università la dotazione di attrezzature tecniche e di sussidi didattici, nonché di ogni forma di ausilio tecnico funzionali all’effettivo esercizio del diritto allo studio. Accanto alla dotazione tecnica, la legge prevede anche la figura professionale dei docenti specializzati e di sostegno che

partecipano alla programmazione educativa e didattica e alla elaborazione e verifica delle attività realizzate nella scuola secondaria di primo e secondo grado. Per quanto riguarda, infine la formazione universitaria, si stabilisce la necessità della prestazione di servizi di tutorato specializzato, istituiti dalle università nei limiti del proprio bilancio.

b) Il diritto alla formazione professionale e l'integrazione lavorativa

Accanto all'integrazione scolastica e in continuità con quest'ultima, la Legge 104 disciplina anche la formazione professionale e l'integrazione lavorativa rispettivamente agli artt. 17 e 18. In particolare l'art.17 prevede l'inserimento della persona disabile nei corsi ordinari di formazione professionale, nei corsi specifici e nei corsi pre-lavorativi, organizzati sia da centri pubblici che privati. Alle Regioni è attribuito l'onere di provvedere alla fornitura di sussidi ed attrezzature necessari per l'adeguamento del centro alle esigenze degli studenti disabili. Si riconosce, inoltre, la validità di molte iniziative di lavoro guidato, quali tirocini e contratti di formazione, svolte in alcune realtà territoriali e finalizzate a sperimentare nuove modalità di inserimento lavorativo alternative al collocamento obbligatorio.

Affrontando in modo specifico la questione dell'inserimento lavorativo, la Legge-quadro chiarisce alcuni aspetti connessi al miglioramento dell'integrazione dei disabili nei luoghi di lavoro, nonché alle agevolazioni previste nei loro confronti e a favore dei loro familiari. Su questi aspetti si basa la successiva legge di riforma del collocamento obbligatorio (L. 68/99) i cui elementi innovativi sono sintetizzabili nei principi del collocamento mirato, del decentramento e dell'incentivazione delle aziende.

Tornando alla Legge 104, l'art. 18 comma 1 prevede, inoltre, l'istituzione dell'albo regionale degli enti, delle istituzioni, delle cooperative in genere e delle organizzazioni di volontariato che svolgono attività idonee a favorire l'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone disabili. Il comma 6, infine, attribuisce alle Regioni la possibilità di disciplinare le agevolazioni per recarsi al posto di lavoro e per l'avvio e lo svolgimento di attività lavorative autonome, nonché gli incentivi e i contributi ai datori di lavoro per l'adattamento del posto di lavoro al fine dell'assunzione di persone con limitazioni funzionali.

Il cambiamento introdotto dalla Legge 68/99 risiede nel fatto che l'attenzione non va più posta sulle capacità perdute a causa della disabilità, ma più efficacemente sulle "residue capacità di lavorative" al fine di un loro rafforzamento, nonché di un adeguato impiego anche attraverso appositi strumenti e prestazioni atti all'inserimento. Altrettanto rilevante è poi la formulazione dell'indicazione d'impiego attraverso la ricerca di una correlazione tra le capacità del disabile (offerta di lavoro) e le esigenze dell'azienda (domanda di lavoro) favorendo in questo modo il conseguimento di un inserimento effettivamente mirato e non imposto al datore di lavoro.

Per collocamento mirato dei disabili la Legge 68/99 intende riferirsi, puntualmente, a "quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno azioni positive e soluzione dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione"¹⁴.

La Legge 68/99, inoltre, distingue chiaramente tra inserimento mirato riservato a persone affette da disabilità e inserimento preferenziale rivolto invece a categorie di lavoratori socialmente svantaggiati, ma non per cause di salute (profughi, orfani, vedove, ecc.). Definisce, dunque, in modo inequivocabile le specifiche categorie di individui che possono beneficiare del collocamento mirato. Nello specifico si tratta:

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

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

c) delle persone non vedenti o sordomute, di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e

¹⁴ Cfr. Articolo 2 Legge n. 68 del 1999 disponibile on line sul sito internet <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99068l.htm>.

successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni; d) delle persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni”¹⁵.

Due sono gli aspetti innovativi rilevanti in questo breve estratto della Legge. Innanzitutto l'eliminazione del limite di età, prima previsto nell'intervallo 18-55 anni; ora il provvedimento legislativo si riferisce unicamente a soggetti in “età lavorativa”. In secondo luogo viene introdotta una nuova categoria di soggetti aventi diritto al collocamento mirato, ossia i portatori di “handicap intellettuale” distinti dai disabili affetti da minorazione di natura psichica. Si tratta di un distinguo particolarmente criticato, in quanto la sua effettiva applicazione pratica è del tutto arbitraria e non trova corrispondenza nella terminologia ricorrente nelle convenzioni internazionali vigenti che prevedono la limitazione funzionale nell'indipendenza fisica (H1), nell'orientamento (H2), nella mobilità (H3), nell'integrazione lavorativa (H4), nell'integrazione sociale (H5) e nell'indipendenza economica (H6), ma non l'handicap intellettuale.

L'accertamento delle condizioni di disabilità che danno diritto ad accedere al sistema per l'inserimento lavorativo mirato spetta a Commissioni mediche integrate, ai sensi dell'art.4 della L.104/92, dalle figure dell'operatore sociale e del medico esperto nella patologia da esaminare, nonché dal medico INPS ai sensi della legge 102/09. Il D.P.C.M. 13 gennaio 2000 - “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili” - stabilisce criteri e modalità per l'accertamento delle condizioni di disabilità e per l'effettuazione delle visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante.

I momenti accertativi sono sostanzialmente tre. Ad un primo livello le Commissioni, integrate come sopra indicato, procedono alla redazione del *profilo socio-lavorativo* della persona disabile, ossia una raccolta di informazioni per individuare la posizione della persona disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di

¹⁵ Cfr. Articolo 1 comma 1 Legge n. 68 del 1999, disponibile on line sul sito internet <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99068l.htm>.

scolarità e di lavoro, sulla base di quanto previsto in una apposita scheda contenuta nell'allegato 1 del suddetto Decreto¹⁶.

Ad un secondo livello le Commissioni sono chiamate a formulare una *diagnosi funzionale* della persona disabile¹⁷ per individuarne la capacità globale¹⁸ attuale e potenziale ai fini dell'inserimento al lavoro. Tale documento è una descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale della persona disabile e si basa su dati anamnestico-clinici, nonché sulla valutazione della documentazione medica preesistente. L'accertamento viene condotto, quindi, partendo dal profilo socio-lavorativo della persona disabile e procedendo all'integrazione di tale documento con elementi anamnestici più specificatamente sanitari emergenti dalla fase accertativa eseguita secondo le indicazioni contenute nella scheda per la definizione delle capacità di cui all'allegato 1, utilizzando le definizioni medico scientifiche incluse nell'allegato 2.

Le Commissioni, infine, elaborano, sulla base delle risultanze delle indagini condotte, *la relazione conclusiva*¹⁹ nella quale formula suggerimenti in ordine ad eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'avviamento al lavoro o per il mantenimento dello stesso da parte del soggetto disabile, nonché l'eventuale periodicità delle visite sanitarie di controllo. In relazione all'esito dell'accertamento sanitario la persona disabile può essere iscritta nella graduatoria e nell'elenco di cui alla L. 68/99.

Gli allegati 1 e 2 al D.P.C.M. del 13 gennaio 2000 rappresentano un'importante innovazione in materia di accertamento della disabilità in quanto risultano indispensabili al fine di garantire omogeneità nelle valutazioni e univocità nei contenuti in tutto il territorio nazionale. In particolare, si sottolinea che lo schema di accertamento

¹⁶ Cfr. Articolo 4 e Allegato 1, D.P.C.M. del 13 gennaio 2000, disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/d130100.shtml>

¹⁷ Cfr. Articolo 5 del DPCM del 13 gennaio 2000 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/d130100.shtml>.

¹⁸ A questo proposito il DPCM del 13 gennaio 2000 specifica che "La capacità complessiva di una persona è il fondamento della sua individualità. Tale «capacità» espressione positiva di ciò che la persona è effettivamente in grado di estrinsecare, è globale, complessiva, e quindi tale da non poter essere ricondotta solo alla sfera lavorativa della persona considerata. La capacità non può prescindere dal riferimento all'ambiente di vita della persona in esame, in quanto ciò che si è chiamati a valutare è il «globale» funzionamento del soggetto, non nel senso astratto di una «performance» teorica, ma piuttosto inteso come capacità di interagire ed adattarsi alle più diverse circostanze". Cfr. D.P.C.M. del 13 gennaio 2000, disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/d130100.shtml>.

¹⁹ Cfr. Articolo 6 del DPCM del 13 gennaio 2000 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/d130100.shtml>.

contenuto nell'allegato 1 è stato ripreso in modo pressoché integrale dalle previsioni del Consiglio d'Europa del 1995, mostrando quindi un allineamento con gli orientamenti comunitari.

c) Il diritto alla partecipazione sociale e l'integrazione sociale

L'integrazione sociale delle persone disabili non si esaurisce ovviamente nell'esercizio del diritto all'educazione, all'istruzione e al lavoro, ma necessita di una più ampia tutela per tutte quelle *attività legate al tempo libero*, che costituiscono normale completamento della vita di ciascun individuo che inserito in una rete sociale arricchisce e sviluppa la sua personalità.

La rilevanza del tempo libero per ogni individuo è ben nota ed inconfutabile soprattutto nella società del fare e della fretta. È talmente importante da poterla considerare alla stregua di un bene di lusso di cui non tutti possono godere.

Agli ostacoli di natura economica e psicologica si aggiungono altre barriere che rendono talvolta effettivamente impraticabile valorizzare il proprio tempo libero da parte di individui disabili, secondo le attitudini personale.

A questo proposito la Legge 104/92 agli articoli 23 e 24 si occupa rispettivamente di "rimozione di ostacoli per l'esercizio di attività sportive, turistiche e ricreative" e di "eliminazione o superamento delle barriere architettoniche".

L'art. 23, in particolare, dispone interventi atti a rimuovere gli ostacoli che limitano o rendono impossibile l'esercizio di attività sportive, ricreative e turistiche, prevedendo anche la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica. A questo riguardo viene garantita "l'accessibilità e la fruibilità delle strutture sportive e dei connessi servizi da parte di persone handicappate"²⁰.

Lo stesso articolo, inoltre, stabilisce che gli impianti di balneazione, per il rinnovo della concessione demaniale, devono rispondere ai criteri di visitabilità e reale accesso al mare dai disabili²¹. Così pure "le concessioni autostradali e loro rinnovi sono

²⁰ Cfr. Art. 23 comma 2, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

²¹ Cfr. Art. 23 comma 3, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

subordinati alla visitabilità degli impianti”²² da parte di soggetti con limitazioni funzionali.

Il mancato rispetto di queste previsioni normative e le conseguenti condotte discriminatorie attuate da esercenti pubblici servizi sono puniti con specifiche sanzioni amministrative.

Strettamente collegate all’art. 23 sono le disposizioni presenti nell’art. 24 volte a tutelare in termini più generali la mobilità dei disabili attraverso la previsione normativa di 11 punti che toccano tutte le questioni più rilevanti inerenti l’eliminazione e il superamento delle barriere architettoniche. In apertura dell’articolo si sottolinea la necessità di attenersi alle disposizioni vigenti in materia, per quanto riguarda tutti gli edifici pubblici e privati aperti al pubblico. Proseguendo, si precisa che ai progetti di esecuzione dei lavori su tali edifici presentati al Comune, va allegata una documentazione grafica e una dichiarazione di conformità alla normativa vigente; tale conformità viene verificata in maniera duplice: da un lato dall’ufficio tecnico del Comune prima del rilascio della concessione o autorizzazione edilizia; dall’altro dal Sindaco nel concedere il certificato di agibilità e di abitabilità²³. In particolare, per le opere pubbliche si dispone che: “l’accertamento di conformità alla normativa vigente in materia di eliminazione delle barriere architettoniche spetta all’Amministrazione competente”²⁴, che ne dà atto in sede di approvazione del progetto; la modifica di destinazione d’uso di un edificio in luogo pubblico o aperto al pubblico, sia subordinata alla verifica tecnica della conformità della dichiarazione allo stato effettivo dell’immobile²⁵.

È previsto che il Comitato per l’Edilizia Residenziale possa disporre di una quota di fondi da destinare ad opere di urbanizzazione e ad interventi di recupero volti all’eliminazione delle barriere architettoniche nell’edilizia residenziale pubblica²⁶.

²² Cfr. Art. 23 comma 4, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

²³ Cfr. Art. 24 comma 4, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

²⁴ Cfr. Art. 24 comma 5, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

²⁵ Cfr. Art. 24 comma 6, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

²⁶ Cfr. Art. 24 comma 8, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

Inoltre, con la Legge 104 si introduce una serie di disposizioni rivolte agli enti locali concernenti “l’individuazione e la realizzazione di percorsi accessibili, l’installazione di semafori acustici per non vedenti, la rimozione di segnaletica installata in modo da disturbare la circolazione dei disabili”²⁷, oltre alla possibilità di attingere ad una quota pari al 2% della somma annuale concessa dalla cassa depositi e prestiti per opere di ristrutturazione e recupero²⁸.

Ai fini di garantire una completa integrazione sociale, la Legge-quadro non trascura il diritto delle persone disabili di *accedere all’informazione e alla Comunicazione* interpersonale. A tal fine sono previste specifiche misure volte alla rimozione delle barriere esistenti in questo ambito. L’articolo 25, infatti, contiene specifiche disposizioni sull’installazione di decodificatori e di apparecchiature complementari, oltre all’adeguamento delle cabine telefoniche. Stabilisce, inoltre, che i concessionari radiotelevisivi e telefonici promuovano iniziative atte a consentire alle persone con handicap sensoriali di seguire programmi di informazione, culturali e di svago.

Un ultimo diritto importante tutelato dalla Legge 104 e strettamente dipendente dal superamento delle barriere architettoniche è il *diritto al voto*. L’articolo 29, ad integrazione di quanto disposto nella Legge 15/91 (“Norme intese a favorire la votazione degli elettori non deambulanti”), prevede l’onere in capo ai Comuni di organizzare servizi di trasporto pubblico per facilitare il raggiungimento del seggio elettorale. Stabilisce inoltre che, nei tre giorni antecedenti la consultazione elettorale, presso le USL sia garantita la presenza di medici autorizzati al rilascio di certificati di accompagnamento necessari ai disabili per esercitare il diritto di voto in seggi privi di barriere architettoniche.

In conclusione, si sottolinea come a livello Regionale l’attività legislativa di recepimento della Legge-quadro sia risultata abbastanza eterogenea, ma prevalentemente orientata a superare i limiti settoriali delle Leggi statali con riferimento sia ai campi di applicazione, sia alla loro attuazione.

²⁷ Cfr. Art. 24 comma 9, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

²⁸ Cfr. Art. 24 comma 10, della Legge 104/92 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>

1.1.5 Dalla Legge-quadro ad oggi: i principali sviluppi legislativi

Le novità principali da sottolineare nell'attività legislativa degli ultimi 14 anni hanno interessato in primo luogo l'ambito scolastico. In questo settore la Legge 9/99 ("Disposizioni urgenti per l'elevamento dell'obbligo di istruzione") ha stabilito l'innalzamento di due anni della scuola dell'obbligo, anche per i ragazzi con disabilità, mentre la Legge 17/99 ("Integrazione e modifiche della Legge-quadro 104/92, per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate per l'istruzione universitaria") garantisce agli studenti con limitazioni funzionali, sussidi tecnici e didattici, nonché servizi di tutorato specializzato, trattamenti individualizzati in occasione degli esami universitari, la possibilità di svolgere prove equipollenti, la presenza di un docente con funzioni di coordinamento, il monitoraggio e il supporto di tutte le iniziative circa l'integrazione nell'ambito dell'ateneo, stanziamenti a sostegno degli oneri derivanti dall'attuazione di tali previsioni normative.

Il Regolamento sull'autonomia scolastica, approvato dal Consiglio dei Ministri il 25 febbraio 1999, inoltre, sottolinea la necessità di considerare ciascun individuo nelle sue diversità (comprese quelle legate ad una disabilità) e di prevedere "interventi di educazione, formazione ed istruzione mirati allo sviluppo della persona umana, adeguati ai diversi contesti, alla domanda delle famiglie e alle caratteristiche specifiche dei soggetti coinvolti" (art. 1, co. 2).

Con D.Lgs.n.112/98, poi, in attuazione della L.59/97 sull'autonomia scolastica, si fissano i criteri del decentramento per cui "i servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazione di svantaggio" sono attribuiti ai Comuni ed alle Province, rispettivamente per le scuole materne e dell'obbligo, e per le scuole superiori.

Successivamente, con il decreto del Ministro della P.I. 331/98, si è svincolato l'organico di sostegno dal numero di alunni disabili, consentendo agli insegnanti specializzati in questo ambito di costituire una vera e propria risorsa della scuola, stabile nel tempo. Tale disposizione, dopo una temporanea abrogazione per illegittimità costituzionale è stata reintrodotta con la Legge n. 122 del 30 luglio 2010. Nel comma 5 dell'art. 10 di quest'ultima normativa, si ribadisce che i soggetti, di cui all'art. 12, co. 5, della Legge 104/92, "in sede di formulazione del piano educativo individualizzato, elaborano proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie, ivi compresa

l'indicazione del numero delle ore di sostegno, che devono essere esclusivamente finalizzate all'educazione e all'istruzione, restando a carico degli altri soggetti istituzionali la fornitura delle altre risorse professionali e materiali necessarie per l'integrazione e l'assistenza dell'alunno disabile richieste dal piano educativo individualizzato»²⁹.

Di grande rilievo per la qualificazione professionale e la formazione degli insegnanti di sostegno è dato dal decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 26 maggio 1998, con cui si fissano i criteri per la disciplina di corsi di laurea in Scienze della Formazione Primaria e delle Scuole di Specializzazione per l'insegnamento nella scuola secondaria³⁰. Inoltre con altri decreti del 1998 sono stati avviati numerosi corsi intensivi ad alta qualificazione, per insegnanti in servizio, allo scopo di migliorare la qualità dell'azione svolta dagli insegnanti.

Anche nel campo della formazione professionale, a seguito di quanto disposto nella L.104, si è cercato di agganciare il percorso formativo alla continuità educativa rispetto al precedente percorso scolastico. A tale proposito ha avuto ampia diffusione l'utilizzo di percorsi integrati di istruzione e formazione professionale. Inoltre con la L.196/96 è stato costituito un fondo aggiuntivo per borse di formazione e lavoro.

Nell'ambito dell'inserimento lavorativo, invece, la novità di maggior rilievo è rappresentata dalla Legge di riforma n. 68 del 1999, di cui si è già trattato in precedenza.

Quanto alla mobilità e all'accessibilità dei mezzi di trasporto e degli edifici pubblici e privati, diritti che sono alla base di una piena integrazione sociale dei disabili, si pone l'accento sul DPR 503/96, meritevole di aver individuato oltre alle classiche barriere ai disabili motori, anche le cosiddette barriere sensoriali che riguardano più specificamente le persone colpite da cecità e sordità. Un ulteriore elemento a sostegno dell'eliminazione di tali barriere nelle abitazioni di proprietà di disabili è offerto dalle disposizioni della Legge 449/97, che prevede una detrazione dalle imposte dirette del 50% delle spese di ristrutturazione sostenute e debitamente documentate. Da sottolineare, poi, la normativa che concerne l'acquisto di mezzi privati di locomozione

²⁹ Cfr. Art. 10, Co. 5 della Legge n. 122 del 30 luglio 2010 disponibile on line sul sito internet http://www.bosettiegatti.eu/info/norme/statali/2010_0122.htm.

³⁰ Cfr. Decreto Ministeriale del 26 maggio 1998 disponibile on line sul sito internet http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0015Atti_M/1011_Crite.htm.

da parte di persone con capacità motoria ridotta. Con la L.30/98 si concede la riduzione al 4% dell'IVA sull'acquisto di autoveicoli adattabili al trasporto di tali soggetti, l'esenzione dal pagamento del bollo auto e la detrazione dalla dichiarazione dei redditi del 20% del totale della spesa di acquisto del mezzo. Tali disposizioni normative si pongono come agevolazione unicamente indirizzata ai soggetti con disabilità di tipo motorio. Tuttavia le pressioni provenienti da associazioni di non vedenti e sordomuti nella direzione di una maggiore equità di trattamento delle persone con disabilità conducono all'emanazione della Legge n. 388/2000. Quest'ultima "risolve" il problema estendendo tutte le agevolazioni anche alle persone con disabilità intellettiva.

1.2 I contributi normativi fondamentali a livello internazionale

Negli ultimi decenni anche a livello internazionale si è affermata la tendenza a considerare il problema dei disabili nell'ottica della tutela dei diritti di cui questi soggetti godono.

Le prime azioni al riguardo furono intraprese negli anni Ottanta dalle Nazioni Unite, anche se già nel 1971 l'Assemblea Generale dell'ONU, con la risoluzione n. 2856 (XXVI) del 20 Dicembre 1971, aveva stabilito che “le persone con ritardo mentale hanno il diritto a cure mediche e fisiche appropriate e a educazione, formazione, riabilitazione e accompagnamento tali da favorire il massimo sviluppo delle loro capacità e potenzialità”³¹.

Le tappe fondamentali che seguono a livello internazionale riguardano in primo luogo la Dichiarazione dei diritti dei disabili promossa dall'ONU nel 1975. In tale documento, in cui per la prima volta si delinea la definizione di persona disabile, si sancisce il diritto del disabile ad essere trattato in maniera egualitaria rispetto agli altri e a raggiungere la propria autosufficienza e la miglior integrazione sociale³².

Un secondo momento rilevante si ha nel 1981, dichiarato dall'ONU come “Anno Internazionale delle Persone disabili” e il 1982 definito l'anno del “Programma di Azione Mondiale per le Persone Disabili” al cui interno, per la prima volta si rileva che

³¹ Cfr. sito internet <http://www.ohchr.org/english/law/pdf/res2856.pdf>

³² Cfr. sito internet <http://www.diversamenteabili.info/Engine/RAServePG.php/P/31281DIA0100/M/31061DIA0714>.

la minorazione dipende dal rapporto della persona disabile con l'ambiente³³. A questi due anni di particolare attenzione verso il mondo dei disabili, consegue l'inaugurazione del decennio 1983-1992 detto decennio dei disabili che sfocerà, nel 1993, nella risoluzione definita delle "Norme Standard per la Parità di Opportunità per le Persone Disabili"³⁴.

Questa risoluzione, articolata su quattro temi (le condizioni di base per la piena partecipazione, le aree di intervento, le misure attuative, il meccanismo di monitoraggio), stabilisce l'importanza dell'accesso della persona disabile ai diritti fondamentali e si rivolge con particolare attenzione al disabile e alla sua famiglia, e a tutta la società. Si tratta di un notevole cambiamento di orientamento: non solo al disabile viene riconosciuto universalmente il diritto all'esercizio dei propri diritti, ma al fine del raggiungimento di questo obiettivo si riconosce la necessità dell'intervento della società nel suo insieme. Per tale ragione si può affermare che il 1993 rappresenti l'anno in cui la questione della disabilità assume effettivamente una dimensione globale. È l'anno in cui formalmente diventa uno dei fenomeni di cui la società nel suo complesso si deve occupare.

L'ultima tappa cronologica a livello internazionale è data dalla fase di ratifica della Convenzione Internazionale dell'ONU sulla disabilità. Il 13 dicembre 2006 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la "Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità"³⁵, primo documento che richiama a livello globale l'obbligo dei paesi membri al riconoscimento e al rispetto dei diritti umani della persona con disabilità: diritto alla non discriminazione, allo studio, all'eguale trattamento di fronte alla legge, all'accessibilità informativa e ambientale in genere, etc.

È da sottolineare come tale documento sia privo di una definizione esplicita di disabilità e che le persone con limitazioni funzionali vengano definite come coloro che a lungo termine hanno menomazioni psichiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con varie barriere possono impedire la piena ed effettiva partecipazione alla società su un'eguale base con gli altri.

La Convenzione approvata nel 2006 rappresenta, di fatto, una pietra miliare nel percorso di accettazione, partecipazione e inserimento alla vita sociale e lavorativa dei

³³ Cfr. Sito internet <http://www.dpitalia.org/rglstand.htm>.

³⁴ Cfr. sito internet <http://www.disabilitàincifre.it/europa/lineeguida.asp>.

³⁵ Cfr. sito internet https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_persono_disabili.pdf.

disabili. Essa è stata firmata da 126 Paesi e ratificata da 49, ed è entrata in vigore il 3 maggio 2008 colmando una lacuna del diritto internazionale e tratteggiando nel dettaglio i diritti di cui godono le persone disabili.

Tale Convenzione rappresenta il primo strumento giuridico vincolante nell'ambito dei diritti umani ratificato dall'Unione europea che si applica in tutti gli Stati membri. Grazie alla Convenzione ONU, a livello comunitario, è stato colmato un vuoto definitorio data l'assenza di una nozione di disabilità condivisa tra gli Stati membri. Tale Convenzione, pur non fornendo una esplicita definizione al termine, ha contribuito a diffondere un concetto moderno di disabilità, come condizione che si misura e si produce non tanto a priori, quanto piuttosto nel rapporto e nelle interazioni tra la persona con minorazioni e le condizioni ambientali in cui essa è chiamata ad operare.

1.3 Le principali disposizioni comunitarie

A livello comunitario, un primo documento in tema di integrazione dei disabili è rappresentato dalla Raccomandazione n. 1185 del 1992 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa nella quale si fornisce una definizione di disabilità ossia "una limitazione, causata da ostacoli fisici, sensoriali, sociali, culturali, giuridici o altri che impediscono alla persona disabile di partecipare alla vita familiare e della comunità in cui vive in condizioni di parità con gli altri". Tale nozione comprende tutte le limitazioni e le incapacità legate a disturbi motori, visivi, auditivi, mentali/cognitivi e psicologici e tutte le restrizioni dovute alla presenza di più disturbi di questo tipo in uno stesso individuo.

Accanto agli aspetti definitivi, che hanno peraltro una loro notevole rilevanza, la raccomandazione in oggetto propone anche politiche di riabilitazione per le persone disabili.

Successivamente, nel 1996, il Consiglio Europeo ha adottato una risoluzione sulla parità di opportunità dei disabili. Si tratta di un documento importante poiché pone le basi per una nuova politica d'integrazione comunitaria, che negli anni successivi ha trovato ampia adozione nei vari settori.

Si tratta nello specifico dell'assunzione del compito di formulare una strategia per rendere possibile la piena partecipazione e il coinvolgimento completo dei disabili nei

processi economici e sociali. Ciò significa integrare le questioni dei disabili nei meccanismi decisionali dell'ordinario, ossia abbandonare la graduale gestione separata delle esigenze dei disabili per passare ad iniziative che promuovano l'integrazione delle stesse nei sistemi scolastici ordinari, nel lavoro aperto, nelle politiche sociali.

È un rilevante cambiamento di prospettiva in quanto consente di superare l'ottica dell'assistenzialismo, della relegazione sociale e dello sviluppo di servizi specializzati in favore di un orientamento che punta all'inserimento dei disabili nei processi di vita sociale normale.

Il documento definisce anche le aree problematiche per le quali è necessario prevedere politiche di intervento. Si tratta dell'istruzione, dell'occupazione, della mobilità e dell'accessibilità (all'interno delle quali sono inclusi gli ambiti del turismo, del tempo libero, dello sport, della comunicazione e dell'informazione), dell'alloggio, dei sistemi di sicurezza sociale tali da garantire una vita dignitosa.

Un importante strumento promosso al fine di dare attuazione a queste politiche è rappresentato dai Fondi Strutturati ed in particolare dal Fondo Sociale Europeo specificatamente indirizzato all'inserimento professionale.

Particolarmente rilevante è, nell'anno 2000, l'introduzione della Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE³⁶, con la quale la comunità europea ha tradotto in modo ufficiale la propria posizione circa i soggetti disabili. All'art. 26 si legge, infatti che "l'Unione riconosce e rispetta il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità"³⁷. Con questa disposizione finalmente l'Unione Europea recepisce la normativa delle Nazioni Unite, anche se non evidenzia chiaramente l'aspetto del coinvolgimento di tutta la società nel processo di integrazione del disabile. Solo con l'adozione della decisione 2010/48/CE del Consiglio l'UE ha dato piena attuazione alla convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Nell'aprile 2006, poi, il Consiglio d'Europa ha adottato un Piano d'azione per le persone disabili (2006-2015) nel quale cerca di trasferire le proprie finalità in materia di

³⁶ Cfr. sito internet http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf.

³⁷ Tale orientamento è stato ribadito con la stessa forza e ufficialità in occasione della sua ri-proclamazione a Strasburgo dal Parlamento Europeo, dal Consiglio e dalla Commissione il 12 dicembre 2007, in vista della firma del Trattato di Lisbona. Cfr. sito internet <http://www.giurcost.org/fonti/CdfUE.pdf>.

diritti umani, non-discriminazione, pari opportunità, piena cittadinanza e partecipazione delle persone con disabilità.

Il Piano d'azione, in particolare, contiene 15 linee direttrici, tra cui la partecipazione alla vita politica, pubblica e culturale, l'educazione, l'informazione e la comunicazione, l'impiego, l'accesso agli edifici e ai trasporti. Il Piano attira l'attenzione anche sui bisogni delle donne e dei bambini disabili e sulle persone affette da gravi limitazioni funzionali, che richiedono un alto livello di assistenza.

Tale Piano d'Azione mira a fornire un quadro completo sia flessibile che adattabile in modo da soddisfare le condizioni specifiche per ciascun paese. Deve fungere da "bussola" per orientare i responsabili delle politiche nazionali, al fine di permettere loro di progettare, regolare, rimettere a fuoco ed attuare adeguati piani, programmi e strategie innovativi.

Il Consiglio d'Europa sostiene l'implementazione del Piano d'Azione sulle Disabilità fornendo assistenza a tutti gli stati membri sotto forma di raccomandazioni, consigli ed informazioni qualificate.

Nel 2010 mediante la Comunicazione "Strategia europea sulla disabilità 2010-2020" la Commissione ha proposto al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale e al Comitato delle Regioni un rinnovato piano d'azione incentrato sull'eliminazione delle barriere. La Commissione, a tal proposito, ha identificato otto ambiti d'intervento principali: l'accessibilità, la partecipazione, l'uguaglianza, l'occupazione, l'istruzione e la formazione, la protezione sociale, la salute e le azioni esterne.

Questo nuovo piano strategico europeo punta a migliorare l'inclusione sociale, il benessere e il pieno esercizio dei diritti delle persone disabili. A tal fine, esso prevede un'azione complementare a livello europeo e nazionale.

Il livello di attuazione dei Piani d'Azione Europei in materia di disabilità viene verificato durante appositi momenti di confronto. L'ultimo si è tenuto a Dublino il 5 e 6 novembre 2015 per valutare lo stato di avanzamento nella realizzazione del Piano d'azione del Consiglio d'Europa per le persone con disabilità 2006-2015.

La conferenza di Dublino, nello specifico, si è proposta di:

- fare il punto sull'attuazione del piano d'azione anche in termini di impatto sulle politiche e la legislazione;

- presentare buone prassi individuate nell’ambito dell’attuazione del Piano d’azione del Consiglio d’Europa;
- esporre le sfide che l’attuazione del Piano comporta;
- stabilire le priorità e le linee d’azione per la strategia futura sulle persone con disabilità (quadro post-2015), incentrate principalmente sulla realizzazione degli standard del Consiglio d’Europa e di altre norme internazionali, in particolare quelli della Convenzione dell’ONU sui diritti delle persone con disabilità;
- agevolare partenariati e reti tra i vari soggetti interessati, quali funzionari di governo, agenzie e istituzioni specializzate, persone con disabilità, società civile, organizzazioni internazionali e regionali (in particolare l’ONU).

Un ultimo aspetto da sottolineare relativamente al recepimento da parte dei singoli Stati della Comunità Europea degli orientamenti promossi da quest’ultima in materia di disabilità riguarda il fatto che ciascuno Stato membro è chiamato a presentare un rapporto sul livello di attuazione delle politiche di integrazione dei disabili e quindi sulla reale attuazione dei principi fondanti contenuti nella Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità.

Dopo aver cercato di ricostruire il quadro normativo nazionale, comunitario e internazionale in materia di disabilità nel proseguo, ricorrendo all’ausilio dell’informazione statistica, si proporrà un quadro di sintesi della situazione della disabilità in Italia cercando di mettere in evidenza potenzialità e limiti dei molteplici dati esaminati.

SECONDO CAPITOLO

Le fonti informative sulla disabilità in Italia

2.1 Premessa

In materia di disabilità non esiste allo stato attuale in Italia un sistema organico di fonti informative. Si rileva, invece, la presenza di una molteplicità di fonti che si basano su differenti definizioni del fenomeno oggetto d'indagine.

Come si può ben immaginare l'Istituto Nazionale di Statistica rappresenta la base informativa statistica più ricca per il Paese.

Tuttavia, nella produzione di statistiche sulla popolazione, la disabilità è una condizione difficile da identificare. L'ostacolo principale, come accennato, nasce in relazione alla definizione della stessa che non coinvolge solo le limitazioni nelle funzioni fisiche e mentali di un individuo, ma anche i fattori ambientali e culturali che lo circondano. Per ovviare al problema e nel tentativo di costruire un sistema informativo organizzato in materia, si è fatto ricorso alla definizione elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2001 in relazione alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (Icf)¹ di cui si tratterà in modo specifico nel terzo capitolo. La disabilità viene definita come “la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo”².

La multidimensionalità di questo concetto rende complicato il compito di coloro che sono chiamati a implementare tale definizione a fini statistici e in idonei strumenti di misurazione.

¹ Cfr. International Classification of Functioning, Disability and Health disponibile sul sito internet <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

² Cfr. sito internet http://www.isfol.it/temi/Inclusione_sociale/pari-opportunita-no-discriminazione/disabilita-2.

In termini concreti, ancorché generali, si può dire che lo strumento privilegiato, anche a livello internazionale, per fornire un quadro sufficientemente esaustivo della disabilità è l'indagine campionaria, in particolare per quanto riguarda le condizioni di salute e i bisogni ad essa collegati. Le difficoltà connesse alla realizzazione di indagini di questo tipo tuttavia, non sono irrilevanti e originano in via prioritaria dal fatto che è necessario identificare la condizione di disabilità attraverso la formulazione di una serie di domande, da inserire nei questionari da sottoporre ai cittadini che siano in grado di rilevare gli innumerevoli aspetti che concorrono a definire tale condizione.

Entrando nel merito, di seguito si propongono le principali fonti di dati primarie e secondarie da cui trarre informazioni per studiare il fenomeno della disabilità. Inoltre si propongono alcune riflessioni critiche circa il complesso sistema informativo nazionale.

2.2 Le fonti informative primarie

Tra le fonti di dati primarie, ossia quelle ufficiali che originano da un'attività di raccolta o rilevazione ed elaborazione diretta, vi sono le seguenti³:

- indagine Istat sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”;
- indagine Istat sui “Presidi residenziali socio assistenziali”;
- indagine Istat sull’inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di 1° grado, statali e non statali;
- indagine Istat sulle “Forze di lavoro”;
- indagine Istat sugli “Aspetti della vita quotidiana”;
- rilevazione Istat sugli “Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati”;
- statistiche della previdenza e dell’assistenza sociale: i beneficiari delle prestazioni pensionistiche;
- elaborazione delle schede di dimissione ospedaliera;
- archivio INAIL sugli eventi lesivi (infortuni sul lavoro e malattie professionali);
- monitoraggio dei servizi per l’impiego;
- Sistema Informativo del Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca (SIMPI);

³ Cfr. sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?p=10>.

- archivio nazionale degli abilitati alla guida.

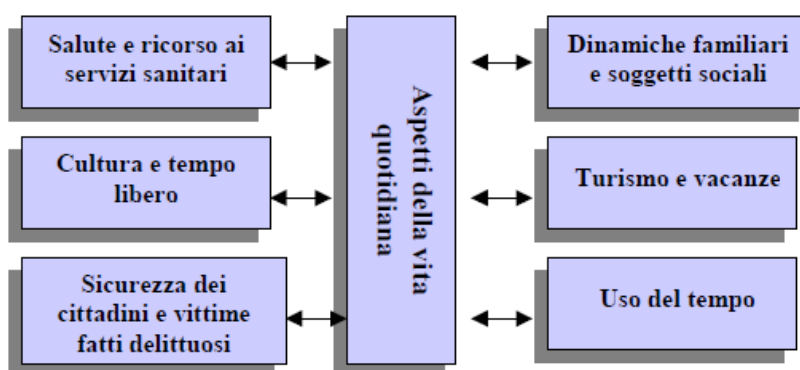
Per ciascuna fonte di seguito viene proposto un breve approfondimento finalizzato alla comprensione della tipologia di dati offerti e della popolazione di riferimento.

2.2.1. Indagine Istat sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”

La fonte principale per studiare il problema della disabilità in Italia è l’indagine Istat sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”⁴.

Quest’ultima si colloca all’interno di un più ampio sistema di indagini sociali rappresentato in figura 2.1 e rientra tra quelle comprese nel *Programma statistico nazionale* che raccoglie l’insieme delle indagini statistiche necessarie al Paese.

Figura 2.1 – Il sistema di Indagini Multiscopo sulle famiglie



Fonte: ISTAT, *Progetto sistema informativo sull’handicap. Fase I: Studio di Fattibilità, Rapporto finale*, 22 agosto 2000, p. 102.

Punto di forza del sistema di indagini sociali è il forte livello di comparabilità dei macro-dati fra le indagini: esse sono state infatti concepite secondo un piano di raccolta, campionamento e controllo dei dati analogo.

L’indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" viene svolta dal Servizio Sanità, Salute e Assistenza della Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali. Solitamente viene realizzata con cadenza quinquennale presso un campione di 60.000 famiglie italiane distribuite in 1.456 comuni italiani di

⁴ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/7740>

diversa ampiezza demografica⁵. L'ultima edizione dell'indagine è stata realizzata tra settembre 2012 e giugno 2013.

Attraverso tale indagine è possibile conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di qualità della vita, mettendo a disposizione un ampio ventaglio di informazioni sulla diffusione di patologie croniche, sulla salute percepita, condizioni di disabilità, stili di vita e prevenzione, ricorso ai servizi sanitari.

Grazie alle informazioni raccolte direttamente presso i cittadini è possibile fornire strumenti utili a migliorare la programmazione sanitaria, sia a livello nazionale che locale. I principali temi indagati sono le malattie acute e croniche, alcuni tipi di invalidità, le condizioni di disabilità, gli stili di vita (sovrappeso e obesità, inattività fisica, abitudine al fumo), la prevenzione, la valutazione generale del proprio stato di salute, partecipazione alla vita sociale, il rapporto del cittadino con i servizi sanitari (ricorso a visite mediche, accertamenti diagnostici, ricoveri, servizi di riabilitazione, ecc. e giudizio complessivo sugli stessi), l'uso dei farmaci e delle terapie non convenzionali. Si indagano inoltre alcuni aspetti relativi all'evento nascita (gravidanza, parto e allattamento).

Tale indagine è condotta in tutti i paesi dell'Unione Europea e rappresenta quindi un'utile fonte informativa per la programmazione socio-sanitaria a livello europeo, nazionale e regionale. In particolare nelle ultime edizioni, grazie al contributo del Fondo sanitario nazionale messo a disposizione dal Ministero della salute e dalle Regioni, è stato possibile effettuare anche analisi sulle condizioni di salute e sull'utilizzo di servizi sanitari a livello locale (aggregati di ASL o grandi ASL).

In questa indagine sono considerate persone con disabilità quelle di 6 anni e più che vivono in famiglia e che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Le abituali funzioni quotidiane comprendono le attività di cura della persona (vestirsi, lavarsi, fare il bagno o la doccia, mangiare), le attività della mobilità e locomozione (camminare, salire e scendere le scale, chinarsi, coricarsi, etc.) e le attività della comunicazione (sentire, vedere, parlare).

⁵ Ogni famiglia è estratta con criterio di scelta casuale dalle liste anagrafiche comunali, secondo una strategia di campionamento volta a costituire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione residente.

L'insieme di domande poste alle persone intervistate, dunque, privilegia quegli aspetti della disabilità legati alle limitazioni che queste incontrano nell'ambito delle normali attività della vita quotidiana, ma non coglie gli aspetti legati alla disabilità mentale e alla condizione di disabilità nei bambini sotto i 6 anni di età.

Rimangono, inoltre, escluse le persone istituzionalizzate in quanto l'universo di riferimento dell'indagine campionaria è rappresentato dalle persone di età superiore ai 6 anni residenti in famiglia in Italia.

L'indagine sulla salute, pur costituendo una fonte importantissima per lo studio della disabilità, non può essere ritenuta esaustiva e necessita di essere integrata con altre fonti per l'approfondimento di problematiche particolari quali la disabilità mentale o infantile e i soggetti istituzionalizzati.

2.2.2. *Indagine Istat sui "Presidi residenziali socio assistenziali"*

Per colmare le lacune evidenziate, l'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari" è integrata con i dati derivanti dall'indagine sui "Presidi residenziali socio-assistenziali"⁶.

Si tratta di una rilevazione periodica, realizzata con cadenza annuale, avente carattere censuario e prevista dal Programma statistico nazionale. È stata reintrodotta nel 1999 dopo un periodo di sospensione per gravi carenze nella qualità e nella completezza delle informazioni raccolte.

Tale indagine, infatti, dopo essere stata rivista sia in termini di variabili rilevate che di impianto organizzativo di acquisizione dati, a partire dal 2010, amplia i suoi contenuti informativi, adeguandoli alle esigenze conoscitive legate al processo di integrazione socio-sanitaria, ossia a quel complesso di attività di assistenza rivolte alla persona, che sono finalizzate sia al soddisfacimento di bisogni di natura sociale, connessi al disagio e all'emarginazione, sia di bisogni sociali con rilevanza sanitaria, legati all'invecchiamento della popolazione e alla disabilità.

L'indagine rileva l'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistite nel corso dell'anno di riferimento. Con

⁶ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/7786>.

l'ampliamento si estende il campo di osservazione e aumenta il dettaglio delle informazioni raccolte, permettendo di documentare in maniera più puntuale sia l'utenza sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale. In particolare la nuova indagine rileva tutte le strutture che rientrano nella definizione di presidio residenziale socio-assistenziale e socio-sanitario⁷. In tali strutture trovano alloggio persone che versano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

Nello specifico, ai fini di questo studio, sono considerati ospiti con disabilità:

- a) minori di 18 anni che hanno una disabilità fisica, psichica, sensoriale o plurima;
- b) adulti tra 18 e 64 anni che hanno una disabilità fisica, psichica, sensoriale, plurima o che hanno problemi psichiatrici;
- c) anziani con più di 65 anni non autosufficienti, cioè che sono in stato di invalidità permanente o affetti da malattie croniche, con conseguente riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana.

Altro elemento innovativo di questa indagine è rappresentato dalla tecnica di acquisizione dei dati che dal 2014 viene fatta esclusivamente via web.

2.2.3. Indagine Istat sull'inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di 1° grado, statali e non statali

L'Istituto nazionale di statistica in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, e con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, conduce annualmente una rilevazione sull'"Inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di 1° grado, statali e non statali"⁸, che va ad integrare le informazioni già rilevate dal Ministero competente.

⁷ Si definisce "Presidio residenziale" la struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Il singolo presidio è individuato univocamente dalla coppia denominazione della struttura – indirizzo della stessa. Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/7786>.

⁸ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/60454>.

L'indagine si pone l'obiettivo di raccogliere informazioni sulle risorse, le attività e gli strumenti di cui si sono dotati i singoli plessi scolastici per favorire l'inserimento scolastico degli alunni con insegnante di sostegno.

L'universo di riferimento è rappresentato da tutte le scuole primarie e secondarie di I grado statali e non statali, indipendentemente dalla presenza di alunni con disabilità nella scuola. Le unità di analisi sono le scuole e gli alunni con insegnante di sostegno.

L'indagine, infatti, è censuaria per quanto riguarda le informazioni relative alle scuole ed è, invece, campionaria per la parte relativa agli alunni con insegnante di sostegno.

Il disegno di campionamento è a due stadi di selezione con stratificazione delle unità di primo stadio. Le unità di primo stadio sono le scuole, stratificate per regione geografica e ordine scolastico. Le unità di secondo stadio sono gli alunni con disabilità.

La numerosità campionaria di primo e di secondo stadio è stata definita tenendo conto sia di esigenze organizzative e di costo, sia degli errori di campionamento attesi. La dimensione complessiva del campione di scuole è stata fissata a circa 3.000 unità.

Il collettivo degli alunni disabili è costituito dagli studenti che in base alla diagnosi funzionale redatta dalla ASL hanno la necessità di un sostegno per raggiungere gli obiettivi scolastici previsti dai programmi ministeriali nel percorso formativo. Non rientrano nel collettivo oggetto di analisi gli alunni che, pur avendo una limitazione, una menomazione o un problema di salute, non hanno necessità di un sostegno.

L'indagine, condotta via web attraverso la realizzazione di un questionario elettronico, si svolge nei mesi di aprile e maggio di ogni anno.

Il questionario relativo alle singole scuole raccoglie le seguenti informazioni: numero di alunni iscritti, numero di alunni con disabilità/sostegno, accessibilità (in conformità al DPR n. 503/96), postazioni informatiche adibite all'integrazione scolastica (numero, collocazione), i docenti di sostegno che utilizzano le tecnologie educative e che hanno frequentato corsi specifici. Inoltre viene rilevata la presenza di figure professionali a supporto dell'integrazione scolastica.

Il questionario relativo al campione di alunni disabili raccoglie le seguenti informazioni: tipologia di disabilità, presenza di autonomia, uso di ausili assistivi e di ausili didattici, tipo di certificazione, età, classe, ore di sostegno settimanali, ore

settimanali dell'assistente educativo culturale, orario di frequenze delle lezioni in classe e fuori classe, partecipazione alle gite scolastiche con e senza pernottamento.

2.2.4. *Indagine Istat sugli "Aspetti della vita quotidiana"*

Accanto alle tre principali rilevazioni di cui si è detto e alle quali si fa ricorso nello studio del fenomeno della disabilità in Italia, si pone un'ulteriore rilevante indagine che ha anch'essa carattere campionario e fa parte del sistema integrato di indagini sociali definito "Indagini Multiscopo sulle famiglie".

L'indagine qui esaminata raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie⁹.

A partire dal 1993, tale indagine viene svolta ogni anno (ad eccezione del 2004) e le informazioni raccolte consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno. Aree tematiche variegata si susseguono nei questionari, permettendo di capire come vivono gli individui e se sono soddisfatti del funzionamento di quei servizi di pubblica utilità che devono contribuire al miglioramento della loro qualità della vita. Scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, abitazione e zona in cui si vive, tempo libero, partecipazione politica e sociale, salute, stili di vita e rapporto con i servizi sono indagati in un'ottica in cui oggettività dei comportamenti e soggettività delle aspettative, delle motivazioni, dei giudizi contribuiscono a definire l'informazione sociale.

L'indagine rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale e viene compiuta dal Servizio Struttura e dinamica sociale della Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali dell'Istat.

Ogni famiglia viene estratta con criterio di scelta casuale dalle liste anagrafiche comunali, secondo una strategia di campionamento volta a costituire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione residente in Italia. L'indagine è eseguita su un campione di circa 24mila famiglie (per un totale di circa 54mila individui) distribuite in circa 850 Comuni italiani di diversa ampiezza demografica.

⁹ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/91926>.

Per quanto riguarda l'ambito della disabilità, in tale indagine fino al 2007 sono state considerate persone con disabilità quelle che vivevano in famiglia e che avevano dichiarato di essere affette da una malattia cronica o da una invalidità permanente che riduceva l'autonomia personale fino a richiedere l'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa. Dal 2008, invece, sono considerate persone con disabilità quelle che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni, che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone svolgono abitualmente.

2.2.5. Indagine Istat sulle "Forze di lavoro"

L'indagine campionaria sulle forze di lavoro¹⁰ rappresenta la principale fonte di informazione statistica sul mercato del lavoro italiano. Le informazioni acquisite presso la popolazione costituiscono la base sulla quale vengono derivate le stime ufficiali degli occupati e dei disoccupati, nonché le informazioni sui principali aggregati dell'offerta di lavoro - professione, settore di attività economica, ore lavorate, tipologia e durata dei contratti, formazione.

I dati dell'indagine sono utilizzati per analizzare anche numerosi altri fattori individuali, familiari e sociali, come l'aumento della mobilità occupazionale, il cambiamento delle professioni, la crescita della partecipazione femminile ecc., che concorrono a determinare la diversa partecipazione al lavoro della popolazione.

Tale indagine condotta continuativamente dal 1959, è stata profondamente ristrutturata a partire dal 2004 negli aspetti contenutistici, definitivi, tecnici e organizzativi. In particolare, fino al 2004 la rilevazione era effettuata soltanto in una specifica settimana per ciascun trimestre dell'anno. A decorrere da tale anno, come stabilito da Regolamento n. 577/98 del Consiglio dell'Unione europea, la rilevazione è effettuata invece in tutte le settimane dell'anno ed è armonizzata a livello europeo per quanto riguarda i contenuti, le definizioni e i principali aspetti metodologici.

Le stime ufficiali dei principali aggregati dell'offerta di lavoro sono prodotte e diffuse con cadenza mensile a livello nazionale e con cadenza trimestrale a livello regionale; annualmente sono disponibili anche stime ufficiali per tutte le province.

¹⁰ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/8263>.

L'indagine sulle forze di lavoro rientra tra quelle comprese nel Programma Statistico Nazionale e viene condotta dal Servizio Istruzione, formazione e lavoro della Direzione centrale delle statistiche socio-economiche dell'Istat.

Quanto alle persone disabili, l'indagine sulle forze di lavoro fornisce un'informazione generica, ossia si limita ad indicare lo stato di inabilità al lavoro senza alcun ulteriore dettaglio.

Su stimolo dell'Unione Europea e per il solo anno 2001 è stato aggiunto all'indagine in oggetto un modulo sulla disabilità che ha rappresentato e rappresenta tutt'ora un'occasione fondamentale di approfondimento.

Il modulo è composto da 12 quesiti, che indagano sul tipo di disabilità o malattia cronica, sulle funzionalità della persona, sulla necessità di assistenza, sulle potenzialità lavorative stanti le risorse attuali e in caso di risorse aggiuntive, e quindi sui bisogni - soddisfatti o meno - della persona disabile. Integrando questo modulo all'usuale insieme di informazioni raccolte nell'indagine, è stato possibile approfondire la situazione di lavoro delle persone disabili, anche con riferimento a tutte quelle forme particolari di attività lavorativa che spesso le caratterizzano.

2.2.6. Rilevazione Istat sugli "Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati"

La rilevazione sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati¹¹ raccoglie informazioni con cadenza annuale sulle politiche di welfare gestite a livello locale, garantendo così il monitoraggio delle risorse impiegate e delle attività realizzate nell'ambito della rete integrata di servizi sociali territoriali.

I Comuni, come previsto dalla legge quadro di riforma dell'assistenza, n. 328 del 2000, sono titolari della gestione di interventi e servizi socio-assistenziali a favore dei cittadini, gestione che viene esercitata singolarmente o in forma associata fra Comuni limitrofi, in attuazione dei piani sociali di zona e regionali, definiti da ciascuna Regione nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione.

L'unità di rilevazione è costituita dai Comuni singoli, dalle loro associazioni e da tutti gli enti che contribuiscono all'offerta di servizi per delega da parte dei Comuni: consorzi, comprensori, comunità montane, unioni di Comuni, ambiti e distretti sociali,

¹¹ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/166482>, nota metodologica.

Asl e altre forme associative. Le informazioni vengono raccolte via web e sono articolate in sette aree di intervento o categorie di utenti dei servizi: “famiglia e minori”, “disabili”, “dipendenze”, “anziani”, “immigrati e nomadi”, “povertà, disagio adulti e senza dimora”, “multiutenza”.

Nello specifico sono considerati gli interventi e i servizi a cui possono accedere gli utenti con età inferiore ai 64 anni con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale (comprese le persone affette da HIV o colpite da TBC); i servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane, nonché a favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie. Rientrano in questa area anche i servizi e gli interventi a favore di anziani malati del morbo di Alzheimer.

Oltre ai dati relativi ai singoli interventi e servizi sociali offerti a livello locale (numerosità degli utenti, spese sostenute e compartecipazioni pagate dagli utenti e dal Sistema Sanitario Nazionale), due moduli aggiuntivi del questionario acquisiscono informazioni sui trasferimenti fra Enti limitrofi e sulle fonti di finanziamento della spesa sociale rilevata.

Alla rilevazione partecipano direttamente la Ragioneria Generale dello Stato, quindi il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, la maggior parte delle regioni (Piemonte, Liguria, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Puglia, Sicilia) e la Provincia autonoma di Trento.

2.2.7. Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale: i beneficiari delle prestazioni pensionistiche

Dalla collaborazione tra Istat e Inps, a partire dal 1998 è stato avviato un progetto di ricerca finalizzato allo sfruttamento del patrimonio informativo contenuto negli archivi amministrativi dell'Istituto previdenziale.

Le informazioni statistiche sui beneficiari di trattamenti pensionistici¹² sono prodotte, infatti, utilizzando i dati contenuti nel Casellario centrale dei pensionati, gestito dall'Inps. Il Casellario ha come scopi istituzionali la raccolta, conservazione e gestione dei dati e delle informazioni relative ai titolari di trattamenti pensionistici.

¹² Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/101781>

Ai fini della presente rilevazione, per pensione si intende la prestazione periodica e continuativa in denaro erogata individualmente da amministrazioni pubbliche ed enti pubblici e privati in seguito a: raggiungimento di una determinata età; maturazione di anzianità di versamenti contributivi; mancanza o riduzione di capacità lavorativa per menomazione congenita o sopravvenuta, per infortunio sul lavoro o a causa di eventi bellici; morte della persona protetta.

Tale rilevazione statistica fornisce informazioni sulle seguenti variabili:

- numero di prestazioni pensionistiche erogate per tipologia di beneficiari;
- importo delle prestazioni erogate per tipologia di beneficiari;
- distribuzione per sesso, età e Regione di residenza dei beneficiari.

Ai fini delle elaborazioni sono state considerate le seguenti prestazioni di natura previdenziale ed assistenziale¹³:

- a) le pensioni di vecchiaia e di anzianità, di invalidità, le rendite (dirette ed indirette) per infortuni sul lavoro e per malattia professionale, tutte collegate all'attività lavorativa;
- b) le pensioni ai superstiti e di reversibilità;
- c) le pensioni ai cittadini ultrasessantacinquenni con reddito insufficiente, ai non vedenti civili, ai non udenti civili ed agli invalidi civili;
- d) le pensioni di guerra, comprensive degli assegni annui vitalizi agli ex-combattenti, insigniti dell'ordine di Vittorio Veneto, nonché degli assegni di Medaglia e croce al valor militare e delle pensioni privilegiate ordinarie militari tabellari.

La rilevazione in oggetto fornisce dunque statistiche sulla numerosità e sul reddito pensionistico dei beneficiari delle prestazioni pensionistiche distinti per tipologia.

L'importo annuo della pensione è rilevato al 31 dicembre di ciascun anno ed è costituito dalle seguenti componenti, al lordo delle eventuali trattenute: importo base, incremento collegato alla variazione dell'indice del costo della vita e alla dinamica delle retribuzioni, tredicesima mensilità ed eventuali altri assegni e arretrati. L'importo annuo di ciascuna pensione è fornito dal prodotto tra l'importo mensile della pensione pagata al 31 dicembre dell'anno ed il numero di mensilità per cui è previsto il pagamento.

¹³ Le pensioni appartenenti alla prima categoria sono erogate a seguito del versamento di una contribuzione effettuata in presenza di un'attività lavorativa e possono rappresentare la copertura di base o l'integrazione aggiuntiva, dei rischi assicurati dal sistema di protezione sociale. Le pensioni di natura assistenziale, come suggerisce la terminologia stessa, sono finalizzate ad assicurare un minimo livello di vita ad individui che hanno redditi propri e familiari insufficienti. Cfr. ISTAT, *Progetto sistema informativo sull'handicap. Fase I: Studio di Fattibilità, Rapporto finale*, 22 agosto 2000, p.143.

Il numero dei beneficiari, poi, non coincide con quello delle pensioni, in quanto ogni pensionato può percepire più trattamenti pensionistici. Ad esempio, il titolare di una pensione di vecchiaia può avere diritto anche ad almeno una parte della pensione di vecchiaia del coniuge deceduto. Ogni soggetto, inoltre, può essere titolare di più pensioni appartenenti a diverse tipologie, come nel caso in cui si cumula una prestazione di tipo Ivs con una rendita indennitaria o una prestazione assistenziale.

Per quanto attiene le persone disabili, ai fini di questa rilevazione statistica sono considerate tali le persone con una invalidità, certificata da apposite commissioni o medici legali, per le quali è riconosciuta l'erogazione di prestazioni di tipo monetario.

2.2.8. Elaborazioni sulle schede di dimissione ospedaliera

Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio nazionale.

Nata per finalità di carattere prettamente amministrativo nell'ambito ospedaliero, la SDO, grazie alla ricchezza di informazioni contenute, non solo di carattere amministrativo ma anche clinico e statistico, è divenuta un irrinunciabile strumento per un'ampia gamma di analisi ed elaborazioni, che spaziano dalla statistica sociale agli ambiti a supporto dell'attività di programmazione sanitaria, al monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e dei Livelli Essenziali di Assistenza, all'impiego per analisi proxy degli altri livelli di assistenza nonché per analisi di carattere più propriamente clinico-epidemiologico e di esito. A tal proposito, la banca dati SDO è un elemento fondamentale del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera è stato istituito con il decreto del Ministero della sanità 28 dicembre 1991, come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Il suddetto decreto ha stabilito, inoltre, che a partire dal 1 gennaio 1995 il flusso SDO sostituisce la preesistente rilevazione dell'attività ospedaliera che veniva svolta con il modello ISTAT/D10.

Il successivo D.M. 8 luglio 2010, n. 135, infine, ha ulteriormente ampliato il contenuto informativo del flusso SDO, modificando inoltre la periodicità di invio dei dati, precedentemente semestrale e divenuta trimestrale per l'anno 2010 e mensile a partire dall'anno 2011.

La necessità di uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni contenute nella SDO presso gli operatori delle strutture di ricovero rimane un obiettivo importante ai fini dell'utilizzo sempre più rilevante del flusso informativo per gli aspetti sociali, gestionali, programmatori ed epidemiologici.

Per questo nel tempo sono state prodotte diverse linee guida per precisare le corrette modalità di compilazione delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Quanto al contenuto delle schede le informazioni raccolte comprendono caratteristiche anagrafiche del paziente (fra cui età, sesso, residenza, livello di istruzione), caratteristiche del ricovero (ad esempio istituto e disciplina dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione, data prenotazione, classe priorità del ricovero) e caratteristiche cliniche (ad esempio diagnosi principale, diagnosi concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche).

Dalla scheda di dimissione sono escluse informazioni relative ai farmaci somministrati durante il ricovero o le reazioni avverse ad essi (oggetto di altri specifici flussi informativi).

Il flusso SDO viene correntemente impiegato per finalità di carattere economico-gestionale, per studi di carattere clinico-epidemiologico e per analisi a supporto dell'attività di programmazione sanitaria, nonché per il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per la valutazione del rischio clinico ospedaliero, per il calcolo di indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata, nonché per valutazioni di impatto economico e per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

È necessario tenere presente che la banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera, per quanto abbia un ricchissimo contenuto informativo ed una copertura pressoché totale delle strutture ospedaliere italiane, ha comunque dei limiti e delle criticità nell'utilizzo, come ad esempio problemi di omogeneità della compilazione, problemi di completezza ed accuratezza per alcune variabili (soprattutto nei primi anni) e variazione dei sistemi di classificazione nel corso degli anni.

Quanto alle elaborazioni delle SDO ai fini dello studio sulla disabilità, l'Istat prende in considerazione unicamente le schede prodotte a seguito di dimissioni di pazienti affetti da disturbi psichici¹⁴.

2.2.9. Archivio INAIL sugli eventi lesivi (infortuni sul lavoro e malattie professionali)

L'archivio fornisce informazioni statistiche sugli eventi lesivi avvenuti sul lavoro in Italia e denunciati all'INAIL¹⁵; più precisamente contiene i dati relativi agli infortuni sul lavoro, prognosticati non guaribili entro tre giorni, oltre alle malattie professionali contratte nell'esercizio, da cui siano colpiti i lavoratori, dipendenti e autonomi, soggetti all'obbligo assicurativo.

Le informazioni presenti nell'archivio consentono di effettuare analisi a livello provinciale sugli inabili permanenti per causa di lavoro rispetto alle caratteristiche della persona che ha subito l'evento lesivo, alle caratteristiche dell'azienda in cui l'evento si è verificato e alle caratteristiche dell'evento avvenuto.

Sono considerate, dunque, le persone con inabilità permanente, cioè con una inabilità che comporta la riduzione delle capacità lavorative con postumi permanenti di grado uguale o superiore al 6% e/o con un danno biologico, inteso come lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di accertamento medico-legale.

La rilevazione ha carattere censuario e continuativo nel tempo. I dati vengono raccolti a seguito della denuncia di infortunio sul lavoro o di malattia professionale effettuata dal lavoratore.

2.2.10. Monitoraggio dei servizi per l'impiego

Il monitoraggio dei servizi per l'impiego include un'articolata rilevazione dell'andamento del processo di attuazione della Legge n.68 del 1999, presso tutti gli uffici interessati nelle Province.

¹⁴ Cfr. sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?p=10#nota0>.

¹⁵ Cfr. sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?p=10>.

La rilevazione ha carattere censuario con cadenza annuale. Viene effettuata dai Servizi pubblici per l'impiego provinciali e Centri per l'impiego. Per quanto riguarda l'unità di analisi essa è costituita dai Servizi pubblici per l'impiego provinciali e dai Centri per l'impiego nonché dagli utenti dei servizi per l'impiego e dalle aziende soggette all'obbligo di assunzione delle persone con disabilità.

La rilevazione rappresenta una delle poche fonti di dati organizzati e informatizzati sull'avviamento al lavoro delle persone con disabilità e più in generale sull'efficacia della normativa sul diritto al lavoro per queste persone. Essa consente infatti di osservare il collocamento delle persone con disabilità, le attività e le caratteristiche dei Servizi per l'Impiego, nonché le quote di riserva delle aziende a favore dei disabili.

In particolare, sono considerate, in base all'articolo n. 1 della Legge 12 marzo 1999, n. 68, le persone con una delle seguenti caratteristiche: a) in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e i portatori di handicap intellettuale che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento; b) invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento; c) non vedenti o sordomute; d) invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte sino all'ottava categoria delle norme in materia di pensioni di guerra.

2.2.11. Sistema Informativo del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (SIMPI)

Il Sistema Informativo¹⁶ pubblica i dati relativi agli alunni con disabilità, sia per quanto riguarda le scuole di gestione statale sia quelle non statali. I dati provengono, in linea generale, dall'organico di fatto per la scuola statale e dalle rilevazioni annuali per la scuola non statale. La rilevazione consente di disporre delle principali informazioni in tema di consistenza delle scuole, delle classi, degli alunni, delle dotazioni organiche e del personale.

Quanto al valore informativo di tale rilevazione censuaria annuale per lo studio della disabilità, all'interno di questo flusso informativo sono raccolti dati sugli alunni

¹⁶ Cfr. sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?p=10>.

con disabilità di ogni ordine e grado. La condizione di disabilità viene accertata da apposite commissioni multidisciplinari, che redigono la diagnosi funzionale, alla quale fanno seguito il profilo dinamico funzionale e il piano educativo individualizzato (DPR 24/2/1994).

2.2.12. Archivio Nazionale degli abilitati alla guida

Sulla base di quanto disposto dagli art. 225 e 226 del Codice della strada è istituita presso il Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti, nel dettaglio presso la Direzione generale della Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione (M.T.C.T.), un'anagrafe nazionale degli abilitati alla guida, che include anche incidenti e violazioni.

In tale anagrafe nazionale sono indicati, per ogni conducente, i dati relativi al procedimento di rilascio della patente, nonché a tutti i procedimenti successivi, come quelli di rinnovo, di revisione, di sospensione, di revoca, nonché i dati relativi alle violazioni previste dal codice della strada e dalla legge 6 giugno 1974, n. 298 che comportano l'applicazione delle sanzioni accessorie e alle infrazioni commesse alla guida di un determinato veicolo, agli incidenti che si siano verificati durante la circolazione ed alle sanzioni comminate.

L'anagrafe nazionale è completamente informatizzata; è popolata ed aggiornata con i dati raccolti dalla Direzione generale della M.C.T.C., dalle prefetture, dagli organi addetti all'espletamento dei servizi di polizia stradale, dalle compagnie di assicurazione, che sono tenuti a trasmettere i dati, con le modalità e nei tempi di cui al regolamento al C.E.D. della Direzione generale della M.C.T.C.

Ai fini dello studio della disabilità da tale anagrafe vengono rilevate le patenti di guida speciali ottenute da "mutilati e minorati fisici" che hanno superato l'accertamento dei requisiti fisici e psichici da parte di apposite commissioni mediche.

2.3 Le fonti informative secondarie

Accanto alle fonti di dati primarie che offrono elementi raccolti attraverso attività diretta di indagine, ossia osservazione, registrazione, misurazione di uno specifico

fenomeno, vi sono fonti di dati secondarie che offrono invece informazioni già raccolte da altre persone, organizzazioni o amministrazioni.

Nel caso dello studio della disabilità e con riferimento al presente lavoro sono molteplici le fonti di dati secondarie che si possono consultare a partire dai siti internet di diversa natura e connotazione a pubblicazioni prodotte a livello scientifico su specifici progetti di ricerca.

Di seguito si offre una breve panoramica delle principali fonti secondarie in quanto, molte organizzazioni operative nel mondo della disabilità sono potenziali produttori di dati secondari nel momento in cui offrono specifiche rielaborazioni di dati primari magari territorialmente o contenutisticamente circoscritte e declinate secondo lo specifico interesse di ricerca.

2.3.1. *Disabilità in cifre*

*Disabilità in cifre*¹⁷ è un sito web che diffonde le statistiche ufficiali sulla disabilità prodotte dall'Istat e dalle Istituzioni appartenenti al Sistema Statistico Nazionale. I dati disponibili in tale sito sono elaborati e organizzati dall'Istat nel Sistema Informativo sulla Disabilità (SID) con lo scopo di documentare le condizioni di vita e il livello di inclusione sociale delle persone con disabilità, nonché di fornire un supporto per la programmazione delle relative politiche e il monitoraggio dello stato di attuazione della Convenzione ONU.

Gli utenti privilegiati dell'informazione statistica prodotta sono i *policy maker*, la *comunità scientifica* e, più in generale, gli *stakeholder* del settore.

Il SID è uno dei prodotti di un progetto di più ampio respiro, attualmente finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, volto all'ampliamento dell'informazione statistica in materia di disabilità, in attuazione dell'articolo n. 41-bis della Legge nazionale n. 162/98 e dell' art. 31 della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità.

Gli indicatori presentati 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 secondo della fonte considerata, per tale ragione è

¹⁷ Cfr. sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>.

stata posta particolare attenzione allo sviluppo di un sistema di metadati che fornisce informazioni indispensabili alla corretta lettura dei dati.

Il sistema è organizzato in tre sezioni principali:

- *Consultazione dei Dati*: consente all'utente di navigare, interrogare e scaricare i dati disponibili;
- *Documenti e Glossario*: contiene pubblicazioni Istat e fornisce chiarimenti terminologici;
- *Indicatori UNCRPD*: contiene i principali indicatori prodotti per il monitoraggio della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

È inoltre disponibile un'area di supporto contenente i link ad organismi nazionali e internazionali rilevanti ai fini delle tematiche trattate nel SID.

2.3.2. Pubblicazione Istat “La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale”

Il volume in oggetto, pubblicato dall'Istat nel 2009, si propone di fornire un quadro sulla condizione delle persone con disabilità in Italia, ricostruendo, attraverso un'analisi multi-fonte, le diverse fasi della vita di queste persone, dal periodo scolastico a quello della vecchiaia.

Le analisi svolte sono finalizzate a documentare le principali dimensioni che caratterizzano l'intero arco di vita, come le condizioni di salute, l'esperienza lavorativa, le relazioni familiari e, più in generale, il livello di partecipazione sociale delle persone con disabilità.

Il volume si articola in diversi capitoli tematici che affrontano gli argomenti citati, offrendo anche un approfondimento sugli aspetti legati alle politiche sociali finalizzate all'inserimento scolastico, all'integrazione lavorativa e al complesso di aiuti, formali e informali, sui quali le persone con disabilità possono contare. Viene inoltre documentata quella parte della protezione sociale dedicata al sistema di previdenza per le persone con disabilità.

Per ovviare le difficoltà connesse all'impiego di fonti dati diverse, che fanno riferimento a differenti definizioni di disabilità, nel testo vengono esplicitate le definizioni sottostanti, con i relativi *caveat* necessari per una corretta interpretazione e utilizzo delle informazioni riportate.

Il lavoro di elaborazione della statistica ufficiale è un importante supporto per i policy maker in quanto rappresenta uno strumento essenziale capace di fornire l'informazione necessaria per descrivere le diverse dimensioni del bisogno connesso alla disabilità. Esso inoltre si configura anche come fonte accreditata in grado di documentare l'efficacia delle politiche attuate a sostegno dei disabili e della loro inclusione nel tessuto sociale.

2.3.3 *Condicio.it*

*Condicio.it*¹⁸ è un sito web frutto di un progetto della FISH, Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap. La FISH¹⁹, costituita nel 1994, è una organizzazione ombrello cui aderiscono alcune tra le più rappresentative associazioni impegnate, a livello nazionale e locale, in politiche mirate all'inclusione sociale delle persone con differenti disabilità. Questa rete associativa si riconosce e individua nella FISH la propria voce unitaria nei confronti delle principali istituzioni del Paese.

Per agire, per avanzare proposte sostenibili, per avviare e gestire interlocuzioni autorevoli è strettamente necessario conoscere, nel dettaglio ed in modo compiuto, le condizioni di vita delle persone con disabilità, la situazione delle politiche e dei servizi per l'inclusione e per l'accesso alle pari opportunità.

Condicio.it offre il suo apporto proprio in questa direzione: raccogliere e analizzare le fonti esistenti utili a delineare le condizioni di vita delle persone con disabilità in Italia.

Esistono molte ricerche, studi, atti normativi che contengono elementi di conoscenza di questi fenomeni. Alcune sono fonti specifiche, altri sono documenti più generali che considerano anche la disabilità. Il tentativo di *Condicio.it* è di raggruppare le fonti con una indicizzazione razionale ed efficace che semplifichi e renda efficace la ricerca.

¹⁸ Cfr. sito internet <http://www.condicio.it>.

¹⁹ Cfr. sito internet <http://www.fishonlus.it/>.

2.3.4. Pubblicazioni della FISH Onlus

La Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap oltre alla realizzazione del progetto *Condicio.it* di cui si è detto in precedenza, ha realizzato nel corso degli anni una serie di pubblicazioni specifiche nell'ambito della disabilità²⁰.

Si tratta di diversi lavori aventi ad oggetto tematiche circoscritte e peculiari quali, ad esempio la mobilità e l'autonomia delle persone all'interno degli spazi urbani; le strutture residenziali rivolte alle persone con disabilità; i casi di violenza e discriminazione nei confronti di persone disabili; i giovani con disabilità e il mondo universitario nelle Regioni del Sud; le condizioni lavorative dei disabili; una proposta di rendicontazione legata alla disabilità; la disabilità legata ai migranti. Tra le pubblicazioni presenti on line si possono anche trovare rapporti frutto di progetti di raccolta di buone prassi legate, ad esempio, alla non discriminazione in materia di disabilità. Altri progetti interessanti di cui si trova rendicontazione riguardano invece la l'attività espletata da Laboratori locali (distribuiti su tutto il territorio nazionale) finalizzati a raccordare le iniziative territoriali con i principi espressi dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

2.3.5. *Handylex.org*

Handylex.org è il portale di riferimento per la diffusione della normativa in materia di disabilità sia per quanto riguarda i percorsi storici compiuti, sia con riferimento ai più recenti dispositivi introdotti a livello nazionale, europeo ed internazionale.

Nel cercare di sistematizzare i molteplici dettati normativi presenti non solo a livello nazionale, si sono individuate alcune macro-tematiche attorno alle quali è possibile sviluppare la conoscenza legislativa. Si tratta nello specifico delle seguenti categorie: pensioni e indennità; agevolazioni fiscali; agevolazioni lavorative; barriere architettoniche; mobilità; ausili; diritto alla salute; diritto al lavoro; diritto allo studio; diritto del cittadino; politiche sociali; terzo settore (volontariato).

²⁰ Tali contributi sono disponibili sul sito web <http://www.fishonlus.it/attività/pubblicazioni/>.

2.4 Considerazioni critiche

In conclusione di questo breve capitolo dedicato alle fonti di dati primari e secondari legati al fenomeno della disabilità pare opportuno richiamare e completare alcune riflessioni critiche in parte già introdotte in relazione alle specifiche fonti. Si precisa che tali osservazioni sono prevalentemente connesse alle fonti di dati primarie proprio per la loro rilevanza quale base di dati su cui fondare studi di approfondimento.

Un primo aspetto che emerge riguarda la *frammentarietà dei dati raccolti*. Nonostante i diversi progetti promossi e le molteplici istanze avanzate in tal senso, non esiste ancora in Italia un sistema di rilevazioni organico in relazione al fenomeno della disabilità. Per poter ricostruire la situazione italiana in materia di disabilità è necessario far ricorso ad una molteplicità di *fonti che spesso sono difficilmente avvicinabili e confrontabili* in quanto frutto di disegni metodologici distinti. Ecco dunque un secondo aspetto critico da sottolineare sul quale, tuttavia, sta lavorando proficuamente l'Istat mediante il sito disabilità in cifre. La *mancaza di definizioni comuni di base*, ampiamente condivise e adottate, da cui partire nel definire l'impostazione di un'indagine, determina la realizzazione di rilevazioni che difficilmente trovano punti in comune per poter essere composte a sistema. Ad appesantire questo aspetto si pone anche il fatto che spesso le rilevazioni che portano alla generazione di dati primari vengono condotte su *popolazioni di riferimento disomogenee*: ogni indagine è frutto dell'osservazione e dell'analisi di una specifica porzione di popolazione, aspetto che ostacola il tentativo di definizione su scala complessiva e multidimensionale del fenomeno in oggetto.

Vi è infine uno *sfasamento tra le cadenze temporali delle diverse indagini compiute*; di questo risente il livello di aggiornamento dei dati che per alcune variabili risulta essere abbastanza recente, mentre per altre del tutto inadeguato.

A questo proposito nel proseguo del lavoro si cercherà di costruire la situazione della disabilità in Italia partendo da diverse rilevazioni aventi a riferimento temporale l'anno 2013. Nonostante i limiti evidenziati, si intende comunque proporre un quadro di sintesi del fenomeno in Italia ricorrendo quanto meno a quelle fonti di dati che si riesce maggiormente a mettere in relazione.

*L'informazione statistica sulle caratteristiche
socio-demografiche dei disabili in Italia*

3.1 L'impegno profuso nella generazione di informazioni statistiche sui disabili

Negli ultimi due decenni è stato crescente l'impegno da parte dell'Istat, in collaborazione con il mondo della Ricerca Universitaria, per colmare il vuoto informativo esistente su un problema importante qual è la limitazione dell'autonomia funzionale della persona.

Prima del 1999, infatti, non era possibile fornire alcun quadro numerico sul mondo della disabilità in quanto non esisteva un sistema organizzato di flussi informativi in grado di soddisfare le esigenze di documentazione statistica relative a questo argomento.

La progettualità profusa dalla sinergia tra l'Istat e la Ricerca Universitaria, grazie anche alla sensibilità dell'allora Dipartimento delle politiche sociali, ha portato all'implementazione di un sistema informativo sulla disabilità che rappresenta un importante supporto per i policy maker, gli operatori del settore sociale e sanitario, la comunità scientifica e tutti coloro che hanno un particolare interesse per questa tematica.

Come già sottolineato nel primo capitolo, in Italia si è assistito a lungo ad una notevole confusione in materia, non solo nel linguaggio comune, ma anche nei testi normativi. "Dall'analisi normativa e dalla produzione statistica emerge con particolare evidenza che si ha a che fare con due punti di vista estremamente diversi: quello che si riferisce alla mera menomazione fisica o mentale e quello che prende in considerazione,

oltre a queste limitazioni, anche gli aspetti legati all'integrazione e alla partecipazione sociale delle persone con disabilità"¹.

Negli ultimi anni si sono compiuti molti progressi culturali rispetto a questo tema. L'esempio più tangibile di questo processo è rappresentato dall'adozione dell'"International Classification of Functioning, Disability and Health" (Icf²), che ha superato il vecchio schema che vedeva la disabilità come un processo lineare che partiva dalla malattia, passava per la menomazione che essa causava e finiva con la condizione di disabilità ed handicap. Il nuovo punto di vista proposto con l'Icf è più generale e prende in considerazione anche i contesti socio-culturali e ambientali di vita degli individui, al fine di valutarne le interrelazioni con le condizioni di salute e l'impatto sull'inclusione sociale delle persone con disabilità.

In questo quadro concettuale innovativo e per certi versi maggiormente complesso, il mondo della politica, della ricerca e in generale la società civile formulano domande sempre più articolate alle quali la statistica pubblica si trova a dover rispondere con la necessità di fornire informazioni di qualità sempre maggiore. Non è difficile infatti comprendere come la politica, nell'intento di recepire i cambiamenti culturali e le spinte sociali, richieda un dettaglio superiore nell'informazione, per poter porre in essere adeguate azioni sociali in grado di soddisfare i bisogni crescenti sia in termini quantitativi che qualitativi.

Sulla base di queste dinamiche e dei progressi statistici compiuti, nel proseguo del lavoro si intende proporre un quadro sulla condizione delle persone con disabilità nel nostro Paese, ricostruito attraverso un'analisi multi-fonte aggiornata ai dati più recenti resi pubblici.

3.2 La numerosità del fenomeno: diverse rilevazioni e differenti risultati

Con l'indagine Istat sulle condizioni di salute condotta negli anni 2012-2013 è stato rilevato il fenomeno della disabilità utilizzando gli strumenti già impiegati nelle precedenti edizioni dell'indagine (a partire dal 1990). Tuttavia, la definizione impiegata

¹ Cfr. ISTAT, "La disabilità in Italia. Il quadro delle statistiche ufficiali", *Argomenti n. 37*, Istat, Roma, 2009, p. 10.

² Cfr. sito internet <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

nell'edizione del 2013 dell'indagine è stata modificata. Non si parla più di “persone con disabilità” ma di “persone con limitazioni funzionali” in accordo con la nuova definizione derivante dall'*International Classification of Health and Functioning (Icf)*, che individua il fenomeno della disabilità nella presenza di restrizioni alla partecipazione sociale associate a problemi di salute.

Con l'ICF si intende valutare, non la riduzione di capacità in sé, ma quanto l'individuo è in grado di “fare”; gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione. La disabilità, quindi, non è più considerata una condizione della persona, ma il risultato negativo dell'interazione tra singolo individuo e ambiente.

Si definisce, dunque, persona con limitazioni funzionali quella che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

Nell'indagine Istat considerata, al fine di rilevare la presenza e il livello di gravità delle limitazioni funzionali, è stata inserita la stessa batteria di quesiti riportati nella tavola 3.1. Tali quesiti sono stati predisposti da un gruppo di lavoro dell'OECD sulla base della classificazione ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che consente di studiare specifiche dimensioni: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni del movimento e della locomozione; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola.

Ad ogni dimensione corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che identificano diversi gradi di difficoltà (da una totale autonomia alla presenza di qualche difficoltà, ad un livello di difficoltà maggiore fino ad arrivare all'inabilità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). In particolare, per ciascuna area funzionale sono state individuate le principali attività e funzioni, è stato rilevato il livello di difficoltà e, in base adesso, è stato assegnato il livello di gravità delle limitazioni funzionali.

Tavola 3.1 – I quesiti utilizzati nella valutazione delle Activity of Daily Living (ADL)

Area funzionale	Attività	Modalità Risposta		
		Assenza di limitazioni	Limitazioni lievi	Limitazioni gravi
Movimento e locomozione	<i>Distanza più lunga che può percorrere camminando da solo senza fermarsi e senza stancarsi troppo</i>	200 metri o più	Più di qualche passo ma meno di 200 metri	Qualche passo soltanto Non in grado di camminare
	<i>Scendere o salire da solo una rampa di scale senza fermarsi</i>	Senza difficoltà Qualche difficoltà	Molta difficoltà	Non in grado
	<i>Chinarsi per raccogliere una scarpa da terra</i>	Senza difficoltà Qualche difficoltà	Molta difficoltà	Non in grado
Funzioni della vita quotidiana	<i>Mettersi a letto e alzarsi dal letto da solo</i>	Senza difficoltà	Qualche difficoltà	Solo con l'aiuto di qualcuno
	<i>Sedersi e alzarsi da una sedia da solo</i>	Senza difficoltà	Qualche difficoltà	Solo con l'aiuto di qualcuno
	<i>Vestirsi e spogliarsi da solo</i>	Senza difficoltà	Qualche difficoltà	Solo con l'aiuto di qualcuno
	<i>Farsi il bagno o la doccia da solo</i>	Senza difficoltà	Qualche difficoltà	Solo con l'aiuto di qualcuno
	<i>Lavarsi le mani e il viso da solo</i>	Senza difficoltà	Qualche difficoltà	Solo con l'aiuto di qualcuno
	<i>Mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo</i>	Senza difficoltà	Qualche difficoltà	Solo con l'aiuto di qualcuno
Comunicazione	<i>Sentire abbastanza per seguire una trasmissione televisiva ad un volume che non disturbi gli altri considerando l'uso eventuale di apparecchi acustici</i>	Si	No	No
	<i>Sentire una trasmissione televisiva alzando il volume</i>	-	Si	No
	<i>Vedere abbastanza da riconoscere un amico a 4 metri di distanza (dall'altro lato della strada), considerando l'uso eventuale di occhiali o lenti a contatto</i>	Si	No	No
	<i>Vedere abbastanza da riconoscere un amico a 1 metro di distanza (alla distanza di un braccio)?</i>	-	Si	No
	<i>Parlare senza difficoltà</i>	Senza difficoltà Qualche difficoltà	Molta difficoltà	Non in grado

Fonte: Cfr. Nota metodologica, Metadati relativi all'indagine Istat disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/5471>.

Nel 2013, le persone con limitazioni funzionali³ di sei anni e più che vivono in famiglia in Italia sono 3.167.000 pari al 5,2% della popolazione italiana, che ammonta nel complesso a 60.782.668⁴.

Nonostante l'ufficialità di questo dato, esistono perplessità circa la sua reale veridicità. Ancora oggi, nonostante gli sforzi e i passi avanti compiuti nella raccolta delle informazioni, permangono significative lacune sia in termini di mancata costruzione di indicatori capaci di cogliere adeguatamente il fenomeno, sia relativamente all'indisponibilità o alla scarsa diffusione di dati di natura amministrativa.

Si fatica, pur riconoscendo i tentativi compiuti, ad approntare – come prescriverebbe la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità⁵ – strumenti statistici capaci di andare oltre l'aspetto sanitario e valutare il reale livello di partecipazione e di inclusione delle persone con disabilità. Ciò richiede indicatori in grado di misurare quella “interazione tra persona e ambiente” cui si riferisce appunto la Convenzione ONU, secondo cui la disabilità – giova ricordarlo – non è una caratteristica dell'individuo insita in una patologia o menomazione, ma è l'interazione con un'organizzazione sociale che restringe le attività e le possibilità di partecipare delle persone con menomazioni, ponendo sul loro percorso barriere ambientali e atteggiamenti ostili.

D'altra parte i dati esistenti di fonte amministrativa – ASL e INPS – non permettono nemmeno di conoscere una cifra univoca delle persone cui finora è stata riconosciuta la condizione di gravità in base al corpus delle norme esistenti.

Come evidenziato anche dall'ISTAT⁶, attualmente i dati disponibili non consentono di conoscere l'entità delle persone che hanno ricevuto una certificazione di disabilità grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 104/1992. Per ovviare a tale lacuna è quindi inevitabile far ricorso, per approssimazione, alle informazioni provenienti da altre rilevazioni: da una parte i percettori di indennità di

³ “Sono considerate persone con disabilità quelle di 6 anni e più che vivono in famiglia e che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell' eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Le abituali funzioni quotidiane comprendono le attività di cura della persona (vestirsi, lavarsi, fare il bagno o la doccia, mangiare), le attività della mobilità e locomozione (camminare, salire e scendere le scale, chinarsi, coricarsi, ecc.) e le attività della comunicazione (sentire, vedere, parlare)”. Cfr. sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/>

⁴ Cfr. sito internet <http://www.tuttitalia.it/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>

⁵ Cfr. sito internet <https://www.unric.org/html/italian/pdf/Convenzione-disabili-ONU.pdf>.

⁶ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/136154>.

accompagnamento desunti dal casellario INPS e dall'altra le risultanze dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute.

Nel primo caso si fa riferimento alle persone cui sono stati riconosciuti i requisiti sanitari per la percezione dell'indennità di accompagnamento ritenendo che vi sia coincidenza fra i requisiti sanitari previsti per la concessione di quella provvidenza e la definizione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della Legge 104/1992.

Nel secondo caso si analizzano le condizioni delle persone con limitazioni funzionali secondo la definizione derivante dall'ICF (Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute, OMS) per la sola parte relativa alle strutture e funzioni corporee.

In entrambi i casi, è bene ricordarlo, non si identificano quindi le persone con disabilità, così come questa viene definita dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, poiché non si considerano i fattori ambientali.

Dallo studio dell'ISTAT *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*⁷ (pubblicato il 21 luglio 2015) emerge che nel 2013 in Italia sono circa 3,1 milioni le persone con limitazioni funzionali gravi, ossia coloro che riferiscono il massimo grado di difficoltà nelle funzioni motorie, sensoriali o nelle funzioni essenziali della vita quotidiana. Tale numero è tuttavia incompleto, poiché riguarda solo le persone di 15 anni e più che vivono in famiglia; non include quindi i minori di 15 anni e coloro che vivono in struttura (al 2012 sono 257.009 le persone con disabilità e non autosufficienza ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari).

Inoltre, si tratta di un dato non coerente con quello individuato attraverso l'indagine Istat sulle condizioni di salute condotta negli anni 2012-2013, in quanto significherebbe che la quasi totalità dei soggetti di 6 anni o più che, secondo quest'ultima presentano limitazioni funzionali (3.167.000), sono interessati da limitazioni gravi.

D'altro canto, l'INPS certifica che nel 2013 l'indennità di accompagnamento per invalidità civile è stata erogata a poco meno di 2 milioni di beneficiari di 15 anni e più.

Esiste quindi una differenza tra questi due universi di circa 1,1 milioni di persone.

⁷ Ibidem.

In linea teorica si potrebbe affermare che circa 1 milione e 153 mila persone con limitazioni funzionali gravi non percepiscono l'indennità di accompagnamento, pur ricorrendo le condizioni sanitarie previste per la sua concessione (incapacità di svolgere gli atti quotidiani della vita oppure non essere in grado di deambulare autonomamente oppure essere cieche).

Osservando i dati disaggregati per fasce di età (tavola 3.2), è possibile constatare che sono prevalentemente le persone anziane a non percepire l'indennità di accompagnamento. Infatti nell'89% dei casi la differenza tra persone con limitazioni funzionali gravi e titolari di indennità di accompagnamento si concentra nelle fasce di età anziane (65 anni e più).

Tavola 3.2 - Persone con limitazioni funzionali gravi di 15 anni e più che vivono in famiglia e titolari di indennità di accompagnamento di 15 anni e più per fasce di età (valori in migliaia) – Anno 2013.

<i>Classi di età</i>	<i>Persone con limitazioni funzionali gravi</i>	<i>Titolari di indennità di accompagnamento</i>
15-44 anni	199	193
45-64 anni	350	228
65-74 anni	458	225
75 anni e più	2.080	1.287
<i>Totale 15 anni e più</i>	<i>3.086</i>	<i>1.933</i>

Fonte: elaborazione Condicio.it su dati ISTAT e INPS disponibili sul sito internet <http://www.fishonlus.it/files/2015/09/persone-con-disabilita-italia.pdf>

Varie ipotesi si possono formulare per interpretare questa macroscopica diffinitività. La prima è che la valutazione effettuata dalle Commissioni (ASL/INPS) sia tendenzialmente più restrittiva verso le persone anziane. In effetti la normativa vigente è abbastanza vaga nell'indicare il criterio da applicare per definire la cosiddetta "impossibilità allo svolgimento degli atti quotidiani della vita" e non esistono al riguardo strumenti e scale formalmente recepiti, pur se presenti in letteratura scientifica e nella pratica clinica.

Una seconda ipotesi, che non esclude la prima, è che vi sia una minore richiesta di accertamento da parte delle persone anziane e/o dei loro familiari.

Infine, è ipotizzabile che vi sia un legame tra la richiesta di accertamento da cui origina l'erogazione della provvidenza economica e le condizioni ambientali e di vita delle persone anziane con limitazioni funzionali gravi. Si pensi alla disponibilità di risorse economiche personali e familiari accumulate nel corso di una vita che potrebbero essere impiegate per permettere di far fronte a quella riduzione dell'autonomia conseguente all'avanzamento dell'età.

È indubbio che la discrepanza di valori dimostrata in questo paragrafo col solo riguardo alla numerosità del fenomeno rappresenta un importante e grave ostacolo per supportare adeguatamente dal punto di vista numerico-statistico scelte razionali che il legislatore volesse compiere a favore dell'inclusione dei soggetti con limitazioni funzionali. A questo proposito si rende necessario uno studio approfondito volto a definire più chiaramente le cause sottostanti questa divergenza numerica.

3.3 Età e genere dei soggetti con limitazione dell'autonomia funzionale

Entrando ora nel merito dei caratteri socio-demografici, un primo aspetto esaminato riguarda l'età e il genere delle persone disabili.

La limitazione funzionale, come già anticipato, è un problema che coinvolge soprattutto gli anziani, infatti oltre la metà delle persone con disabilità ha più di ottanta anni (pari ad un totale di 1.606.000 persone) (tavola 3.3).

Le differenze di genere evidenziano, in termini complessivi, uno svantaggio tutto al femminile. Il 67,2% circa delle persone con disabilità sono donne, 2.102.000, che corrisponde al 6,8% delle donne italiane (pari a 31.298.104⁸). Tra gli uomini, che nel complesso sono 29.484.564⁹, la percentuale è pari al 3,6%, valore quasi dimezzato rispetto alle donne.

Le differenze di genere sono indubbiamente legate alla maggiore longevità delle donne, infatti, i tassi di disabilità per classe di età degli uomini e delle donne, come pure i tassi standardizzati sono molto vicini fino ai 54 anni di età, invece, dai 55 anni si evidenzia una forbice tra i due sessi a svantaggio delle donne. Tale svantaggio

⁸ Cfr. sito internet <http://demo.istat.it/bil2013/index.html>

⁹ Cfr. sito internet <http://demo.istat.it/bil2013/index.html>

femminile, poi, a seguito di una flessione per la classe tra i 65 e i 69 anni, cresce notevolmente e costantemente a partire dai 70 anni.

La perdita di autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età, quando le patologie cronico-degenerative di tipo invalidante si cumulano al normale processo di invecchiamento dell'individuo. Infatti, l'80% delle persone con disabilità ha più di 65 anni, in questa classe di età la quota di persone con disabilità raggiunge il 5,4%. Valori decisamente più alti sono raggiunti dopo gli 80 anni di età, quando il 50,7% della popolazione non ha più autonomia funzionale.

Tavola 3.3- Persone con limitazioni funzionali di 6 anni e più, che vivono in famiglia, per classi di età e sesso – Anno 2013 (valori assoluti in migliaia e tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche).

Classi di età	Sesso								
	Valore Assoluto			Tasso di disabilità			Tasso standardizzato*		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
6-14 anni	45	36	81	1,7	1,4	1,6	0,15	0,13	0,14
15-24 anni	18	23	41	0,6	0,8	0,7	0,06	0,08	0,07
25-34 anni	29	20	49	0,8	0,6	0,7	0,10	0,07	0,09
35-44 anni	58	51	109	1,2	1,1	1,2	0,19	0,18	0,19
45-54 anni	64	71	135	1,5	1,5	1,5	0,25	0,25	0,25
55-64 anni	90	125	215	2,4	3,2	2,8	0,32	0,42	0,37
65-69 anni	73	97	170	4,7	5,5	5,1	0,28	0,33	0,31
70-74 anni	101	186	287	7	11,4	9,3	0,37	0,60	0,49
75-79 anni	159	315	474	14,2	21,2	18,2	0,65	0,98	0,84
80 anni e più	428	1178	1606	32,5	49,1	43,3	2,19	3,31	2,92
Totale	1064	2102	3167	3,9	7,1	5,6	4,57	6,35	5,67

* Il tasso standardizzato è stato calcolato utilizzando come popolazione standard quella residente al 1/1/2014

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

3.4 La distribuzione territoriale del fenomeno

Un secondo aspetto interessante da osservare per la definizione del fenomeno riguarda la distribuzione territoriale (tavola 3.4).

Tavola 3.4- Persone con disabilità di 6 anni e più (valori assoluti in migliaia e per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Dettaglio regione - Anno 2013.

Regioni	Persone con disabilità di 6 anni e più	
	V.A.	%
Piemonte	192	4,6
Valle d'Aosta	5	4,0
Liguria	85	5,7
Lombardia	413	4,5
<i>Nord Ovest</i>	<i>695</i>	<i>4,3</i>
Trentino Alto Adige	37	3,8
Veneto	219	4,8
Friuli-Venezia Giulia	60	5,2
Emilia-Romagna	241	5,8
<i>Nord Est</i>	<i>557</i>	<i>4,8</i>
Toscana	200	5,7
Umbria	59	7,1
Marche	86	5,9
Lazio	280	5,2
<i>Centro</i>	<i>625</i>	<i>5,2</i>
Abruzzo	75	6,0
Molise	19	6,3
Campania	333	6,1
Puglia	281	7,3
Basilicata	32	5,8
Calabria	120	6,4
<i>Sud</i>	<i>860</i>	<i>6,1</i>
Sicilia	325	6,8
Sardegna	105	6,6
<i>Isole</i>	<i>430</i>	<i>6,4</i>
Totale	3.167	5,6

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

A livello territoriale, si evidenzia un quadro fortemente disomogeneo: la presenza di limitazioni funzionali è più diffusa nell'Italia insulare (6,4%) e nel Sud del Paese (6,1%) mentre al Nord la percentuale di persone con ridotta autonomia nello svolgimento delle proprie funzioni si attesta al 4,5%. Le Regioni presentano diversi livelli di "disabilità": da valori molto alti di Puglia (7,3%), Umbria (7,1%), Sicilia

(6,8%) e Sardegna (6,6%) si passa a valori decisamente più bassi di Trentino Alto Adige (3,8%), Valle d'Aosta (4,0%) e Lombardia (4,5%).

In tutte le regioni emerge, poi, come all'aumentare dell'età cresca la percentuale di persone con limitazioni funzionali. Inoltre, anche la forbice Nord-Sud evidenziata in precedenza, si amplia all'aumentare dell'età. In particolar modo tale andamento si manifesta osservando la classe di età 65-74 anni e confrontandola con quella successiva riguardante i soggetti con 75 anni e più (tavola 3.5).

Tavola 3.5 - Persone con disabilità di 6 anni e più (valori percentuali sul totale della popolazione residente nelle singole Regioni) per classe di età - Dettaglio regionale - Anno 2013.

Regioni	Classe di età		
	6-64 anni	65-74 anni	75 anni e più
Piemonte	1,1%	4,8%	24,4%
Valle d'Aosta	1,1%	7,0%	21,3%
Liguria	1,2%	5,3%	26,0%
Lombardia	1,1%	5,0%	26,9%
<i>Nord Ovest</i>	1,1%	5,0%	25,9%
Trentino Alto Adige	0,9%	4,8%	24,8%
Veneto	1,0%	6,6%	28,7%
Friuli-Venezia Giulia	0,9%	6,5%	28,6%
Emilia-Romagna	1,2%	6,3%	31,4%
<i>Nord Est</i>	1,1%	6,3%	29,5%
Toscana	1,2%	4,7%	30,8%
Umbria	1,4%	6,9%	38,2%
Marche	1,2%	5,4%	32,6%
Lazio	1,4%	6,9%	30,2%
<i>Centro</i>	1,3%	6,0%	31,4%
Abruzzo	1,3%	7,9%	32,6%
Molise	1,3%	9,2%	32,9%
Campania	2,0%	10,8%	39,0%
Puglia	2,2%	10,7%	42,7%
Basilicata	1,9%	7,1%	30,0%
Calabria	1,9%	9,4%	36,7%
<i>Sud</i>	2,0%	10,0%	38,4%
Sicilia	1,8%	10,7%	40,6%
Sardegna	1,6%	8,1%	69,6%
<i>Isole</i>	1,8%	10,01%	41,0%
Totale	1,4%	7,1%	31,9%

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp> e <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>.

3.5 La tipologia di limitazione funzionale

Accanto alla ricerca di una risposta ai quesiti circa quanti e chi sono i disabili in Italia, nonché come si distribuiscono sul territorio nazionale, è utile capire anche quali sono le tipologie di limitazioni funzionali che li colpiscono.

Per quanto riguarda le tipologie di disabilità, occorre innanzitutto fornire un chiarimento terminologico. L'indagine Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" ha identificato quattro tipologie di limitazione con le seguenti descrizioni¹⁰:

- *Difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana*

Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo.

Tali difficoltà sono rilevate, nelle indagini di popolazione, attraverso alcuni quesiti della batteria delle Activities of Daily Living (ADL).

- *Difficoltà in vista, udito e parola*

In tale raggruppamento sono comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza impedimenti).

Le difficoltà nella vista, udito e parola sono rilevate, nelle indagini di popolazione, attraverso alcuni quesiti della batteria delle ADL.

- *Difficoltà nel movimento*

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà nel movimento sono rilevate, nelle indagini di popolazione, attraverso alcuni dei quesiti della batteria ADL.

¹⁰ Cfr. sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>.

- *Confinamento individuale*

È la condizione estrema in cui si può trovare una persona se per limitazioni nelle funzioni della mobilità o locomozione è costretta permanentemente a casa (a letto o su una sedia). Tale condizione viene determinata, nelle indagini di popolazione, attraverso una batteria di quesiti denominata Attività della vita quotidiana (ADL).

I soggetti rientranti in questa categoria è indubbio che presentino almeno due delle difficoltà precedentemente definite.

La tavola 3.6 sintetizza a riguardo la situazione rilevata a fine 2013.

Tavola 3.6 - Persone con disabilità di 6 anni e più (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche) per tipo di disabilità e classe di età - Anno 2013.

TIPO DI DISABILITÀ	Classe di età			
	6-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	Totale
Difficoltà nelle funzioni	15,4	10,8	73,8	100
Difficoltà nel movimento	13,6	14,6	71,8	100
Difficoltà vista, udito, parola	24,0	14,6	61,4	100
Confinamento individuale	14,6	12,3	73,0	100
Totale disabili	8,5	14,4	61,5	5,6

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Un primo aspetto che emerge riguarda il fatto che nella classe di età compresa tra i 6 e i 64 anni il tipo di limitazione funzionale maggiormente diffuso è inerente la comunicazione, ossia l'incapacità di vedere, sentire o parlare.

Nella classe di età tra i 65 e i 74 anni accanto alle difficoltà di comunicazione, risultano altrettanto diffuse quelle connesse al movimento, ossia alla possibilità di muoversi autonomamente.

Tra i più anziani, ossia tra gli ultra settantacinquenni, invece, si rileva un maggiore diffusione delle difficoltà nell'espletamento delle funzioni di vita quotidiana, ossia nel compiere le principali attività di cura personale. Non stupisce, poi, il fatto che per questa stessa classe di età siano altrettanto diffuse quelle limitazioni che confinano il soggetto in modo permanente a casa o addirittura a letto.

Nella tavola 3.7 è possibile approfondire questo risultato esaminando nel dettaglio, per ciascun tipo di limitazione funzionale il livello della stessa nonché la prevalenza per genere e classi di età.

Tavola 3.7 - Persone di 6 anni e più per presenza, tipo e livello di limitazioni funzionali, sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013

PRESENZA E LIVELLO DI LIMITAZIONI FUNZIONALI	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	Classi di età		Totale	Classi di età		Totale	Classi di età		Totale
	6-64	65 e più		6-64	65 e più		6-64	65 e più	
CONFINAMENTO									
CONFINAMENTO A LETTO									
Non confinati a letto	99,9	98,6	99,6	100,0	97,5	99,3	99,9	98,0	99,5
Confinati a letto	0,1	1,4	0,4	0,0	2,5	0,7	0,1	2,0	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
CONFINAMENTO SU UNA SEDIA									
Non indicato	0,1	1,4	0,4	0,0	2,5	0,7	0,1	2,0	0,5
Non confinati su una sedia	99,8	97,4	99,3	99,9	95,0	98,7	99,8	96,1	99,0
Confinati su una sedia	0,1	1,2	0,3	0,1	2,5	0,7	0,1	1,9	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
CONFINAMENTO IN CASA									
Non indicato	0,2	2,6	0,7	0,1	5,0	1,3	0,2	3,9	1,0
Non confinati in casa	99,5	94,1	98,4	99,5	87,5	96,6	99,5	90,3	97,5
Confinati in casa	0,3	3,3	0,9	0,3	7,5	2,1	0,3	5,7	1,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
LIMITAZIONI NEL MOVIMENTO									
DISTANZA MASSIMA CHE PUO' PERCORRERE CAMMINANDO									
Non indicato	0,2	2,6	0,7	0,1	5,0	1,3	0,2	3,9	1,0
200 metri o più	98,4	80,6	94,9	97,7	66,3	90,0	98,1	72,4	92,3
Più di qualche passo ma meno di 200 metri	1,2	12,7	3,5	1,9	20,5	6,5	1,5	17,2	5,0
Qualche passo soltanto	0,2	4,2	1,0	0,3	8,3	2,3	0,2	6,5	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
SCENDERE O SALIRE UNA RAMPA DI SCALE									
Non indicato	0,2	2,6	0,7	0,1	5,0	1,3	0,2	3,9	1,0
Senza difficoltà	97,7	68,9	92,0	96,6	50,4	85,2	97,2	58,3	88,5
Con qualche difficoltà	1,5	18,8	5,0	2,4	25,5	8,1	2,0	22,6	6,6
Con molta difficoltà	0,3	6,2	1,5	0,6	12,0	3,5	0,5	9,5	2,5
Non è in grado	0,2	3,5	0,9	0,3	7,1	2,0	0,2	5,6	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
CHINARSI PER RACCOGLIERE UNA SCARPA DA TERRA									
Non indicato	0,2	2,6	0,7	0,1	5,0	1,3	0,2	3,9	1,0
Senza difficoltà	97,4	65,5	91,1	96,3	48,8	84,6	96,8	56,0	87,7
Con qualche difficoltà	1,8	21,4	5,7	2,8	26,7	8,7	2,3	24,4	7,2
Con molta difficoltà	0,4	6,3	1,5	0,5	12,0	3,4	0,4	9,6	2,5
Non è in grado	0,3	4,2	1,1	0,3	7,5	2,1	0,3	6,1	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

PRESENZA E LIVELLO DI LIMITAZIONI FUNZIONALI	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	Classi di età		Totale	Classi di età		Totale	Classi di età		Totale
	6-64	65 e più		6-64	65 e più		6-64	65 e più	

LIMITAZIONI NELLE FUNZIONI

METTERSI ED ALZARSI DAL LETTO

Non indicato	0,1	1,4	0,4	0,0	2,5	0,7	0,1	2,0	0,5
Senza difficoltà	99,1	84,5	96,2	98,8	71,7	92,1	98,9	77,2	94,1
Con qualche difficoltà	0,6	10,5	2,5	0,9	19,5	5,5	0,7	15,7	4,1
Con molta difficoltà	0,2	3,6	0,9	0,2	6,3	1,7	0,2	5,2	1,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SEDERSI ED ALZARSI DA UNA SEDIA

Non indicato	0,1	1,4	0,4	0,0	2,5	0,7	0,1	2,0	0,5
Senza difficoltà	99,3	87,3	96,9	99,1	76,0	93,4	99,2	80,8	95,1
Con qualche difficoltà	0,4	8,8	2,1	0,7	16,9	4,7	0,6	13,5	3,4
Con molta difficoltà	0,2	2,5	0,6	0,2	4,6	1,3	0,2	3,7	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

VESTIRSI E SPOGLIARSI

Non indicato	0,1	1,4	0,4	0,0	2,5	0,7	0,1	2,0	0,5
Senza difficoltà	98,9	85,5	96,3	98,9	74,3	92,8	98,9	79,1	94,5
Con qualche difficoltà	0,7	8,9	2,3	0,8	16,2	4,6	0,7	13,1	3,5
Solo con l'aiuto di qualcuno	0,3	4,3	1,1	0,3	7,0	2,0	0,3	5,9	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA

Non indicato	0,1	1,4	0,4	0,0	2,5	0,7	0,1	2,0	0,5
Senza difficoltà	98,6	81,8	95,3	98,5	68,3	91,0	98,6	74,1	93,1
Con qualche difficoltà	0,7	9,7	2,5	0,9	15,6	4,6	0,8	13,1	3,6
Solo con l'aiuto di qualcuno	0,5	7,2	1,8	0,5	13,6	3,7	0,5	10,8	2,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

LAVARSI LE MANI E IL VISO

Senza difficoltà	99,4	92,8	98,1	99,5	87,3	96,5	99,4	89,6	97,3
Con qualche difficoltà	0,3	4,3	1,1	0,3	8,0	2,2	0,3	6,4	1,7
Solo con l'aiuto di qualcuno	0,3	2,9	0,8	0,2	4,7	1,3	0,2	3,9	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

MANGIARE ANCHE TAGLIANDO IL CIBO

Senza difficoltà	99,1	93,0	97,9	99,2	88,0	96,5	99,2	90,2	97,2
Con qualche difficoltà	0,6	4,1	1,3	0,5	7,7	2,3	0,5	6,2	1,8
Solo con l'aiuto di qualcuno	0,3	2,8	0,8	0,3	4,2	1,3	0,3	3,6	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

LIMITAZIONI VISTA UDITO E PAROLA

VEDERE E RICONOSCERE A 4 METRI DI DISTANZA

Senza difficoltà	99,3	92,7	98,0	99,0	87,1	96,0	99,1	89,5	97,0
Con qualche difficoltà	0,6	5,6	1,6	0,9	10,0	3,1	0,7	8,1	2,4
Non è in grado	0,1	1,7	0,4	0,2	2,8	0,8	0,1	2,3	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SENTIRE LA TELEVISIONE SENZA DISTURBARE

Senza difficoltà	98,3	83,7	95,4	98,8	82,7	94,8	98,5	83,1	95,1
Con qualche difficoltà	1,4	13,6	3,8	0,9	13,8	4,1	1,2	13,7	4,0
Non è in grado	0,3	2,7	0,8	0,3	3,5	1,1	0,3	3,2	0,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

PRESENZA E LIVELLO DI LIMITAZIONI FUNZIONALI	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	Classi di età		Totale	Classi di età		Totale	Classi di età		Totale
	6-64	65 e più		6-64	65 e più		6-64	65 e più	
CAPACITA' DI PARLARE									
Senza difficoltà	99,0	93,3	97,9	99,3	92,1	97,5	99,2	92,6	97,7
Con qualche difficoltà	0,6	4,5	1,4	0,4	5,1	1,6	0,5	4,9	1,5
Con molta difficoltà	0,3	1,5	0,5	0,1	1,8	0,5	0,2	1,7	0,5
Non è in grado	0,1	0,7	0,3	0,1	0,9	0,3	0,1	0,8	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/144093>.

Scorrendo la tavola è possibile notare come l'aggravarsi del livello di limitazione funzionale cresca, in molti casi, in misura proporzionale all'aumentare della classe di età, in particolar modo superata la soglia dei 65 anni. Inoltre è maggiore la gravità della riduzione di autonomia se si considera il sesso femminile rapportato a quello maschile.

Mettendo ora in relazione non solo la tipologia di disabilità e le classi di età, ma anche la ripartizione geografica (tavola 3.8) si evidenzia una più elevata prevalenza per ciascuna tipologia di disabilità degli ultrasessantacinquenni in tutto il territorio nazionale; inoltre è possibile anche sottolineare come le regioni del Sud pesino maggiormente a livello nazionale e di singola categoria di limitazione funzionale, rispetto a quelle del Centro, Settentrionali e Insulari.

Nello specifico, con riferimento alle *difficoltà funzionali* la prevalenza totale nel Sud Italia è pari al 3,9%¹¹, quella dell'area territoriale del centro della penisola è pari al 3,3%¹²; quella del Nord Est e Nord Ovest è rispettivamente del 3,2% e 2,7%¹³, mentre nelle Isole è pari al 2,0%¹⁴

Per quanto attiene alle *difficoltà di movimento* la prevalenza totale nell'Italia meridionale è del 2,8%, quella dell'area territoriale del centro della penisola è pari al

¹¹ Tenendo conto di una popolazione totale meridionale stimata dall'Istat all'1/1/2014 pari a 13.395.532, cfr. sito internet <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>.

¹² Tenendo conto di una popolazione totale stimata dall'Istat per il centro Italia e per l'1/1/2014 pari a 11.423.375, cfr. sito internet <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>.

¹³ La popolazione stimata dall'Istat quale residente nelle Regioni del Nord Est nel 2013 è pari a 11.011.900, mentre quella residente nelle Regioni afferenti al raggruppamento del Nord Ovest nello stesso anno è pari a 15.251.924; cfr. sito internet <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>.

¹⁴ Tenendo conto di una popolazione totale insulare stimata dall'Istat all'1/1/2014 pari a 6.399.056, cfr. sito internet <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>.

2,7%, quella del Nord Est e Nord Ovest è pari a rispettivamente il 2,5% e 2,2%, mentre nelle Isole è pari al 1,6%.

Tavola 3.8 - Persone con disabilità di 6 anni e più (valori assoluti in migliaia, valori percentuali riferiti al totale della popolazione residente nella singola ripartizione geografica) per tipo di disabilità e classe di età - Dettaglio ripartizione geografica - Anno 2013.

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE		Tipo di disabilità							
		Confinamento individuale		Difficoltà nelle funzioni		Difficoltà nel movimento		Difficoltà vista, udito, parola	
		V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Nord-ovest	6-64 anni	33	0,2	61	0,4	36	0,2	45	0,3
	65-74 anni	31	0,2	39	0,3	42	0,3	25	0,2
	75 anni e più	250	1,6	313	2,0	259	1,7	100	0,7
	Totale	314	2,1	413	2,7	337	2,2	170	1,1
Nord-est	6-64 anni	28	0,2	40	0,4	35	0,3	28	0,2
	65-74 anni	23	0,2	40	0,4	38	0,3	24	0,2
	75 anni e più	176	1,6	274	2,5	201	1,8	97	0,9
	Totale	227	2,1	354	3,2	274	2,5	149	1,3
Centro	6-64 anni	43	0,4	61	0,6	36	0,3	32	0,3
	65-74 anni	29	0,2	35	0,3	41	0,4	22	0,2
	75 anni e più	220	1,9	287	2,6	229	2,0	117	1,0
	Totale	292	2,6	383	3,4	306	2,7	171	1,5
Sud	6-64 anni	78	0,6	95	0,7	66	0,5	66	0,5
	65-74 anni	66	0,5	65	0,5	65	0,5	35	0,3
	75 anni e più	268	2,0	368	2,7	250	1,9	147	1,1
	Totale	412	3,1	528	3,9	381	2,9	248	1,8
Isole	6-64 anni	28	0,2	41	0,3	32	0,2	34	0,2
	65-74 anni	28	0,2	31	0,2	36	0,3	18	0,1
	75 anni e più	135	1,0	193	1,4	146	1,1	64	0,5
	Totale	191	1,4	265	2,0	214	1,6	116	0,9
Totale	6-64 anni	210	0,4	299	0,5	205	0,4	205	0,4
	65-74 anni	177	0,3	211	0,4	222	0,4	124	0,2
	75 anni e più	1049	1,8	1435	2,5	1087	1,9	524	0,9

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp> e <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>.

Relativamente alle *difficoltà della comunicazione* la maggiore prevalenza si ha nell'Italia meridionale con l'1,8%, cui fa seguito il centro del Paese che si attesta all'1,5%. Nord Est e Nord Ovest pesano rispettivamente l'1,3% e 1,1%, mentre l'area insulare lo 0,9%.

In merito all'ultima tipologia di disabilità, ossia al *confinamento individuale* è nuovamente l'Italia meridionale ad esprimere la maggiore percentuale di prevalenza con il 3,1% seguita dalle Regioni Centrali che raggiungono il 2,6%. Ulteriormente distaccate sono le regioni del Nord, siano esse Occidentali o Orientali, che si attestano in entrambi i casi al 2,1%. Infine si collocano in ultima posizione le Regioni Insulari che totalizzano la percentuale più bassa pari all'1,4%.

3.6 Il livello di istruzione

Un ulteriore quesito di interesse per la costruzione di un quadro quanto più possibile completo relativamente al mondo della disabilità riguarda la formazione, ossia il titolo di studio conseguito.

La maggioranza delle persone con disabilità, circa il 63,5%, detiene la licenza elementare e media (tavola 3.9). La quota di coloro che, invece, è senza titolo di studio è pari al 22,3% e arriva al 25,9% tra le donne.

Tavola 3.9 - Persone di 15 anni e più per presenza di limitazioni funzionali e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.

TITOLO DI STUDIO	Autonomia funzionale			Limitazione Funzionale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Nessun titolo	1,8	3,1	2,5	15,1	25,9	22,3
Licenza elementare e media	47,6	46,4	47,0	65,3	62,7	63,5
Diploma e oltre	50,6	50,5	50,5	19,6	11,5	14,2
Totale	100	100	100	100	100	100

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Rispetto alla popolazione totale le persone con disabilità hanno un livello di istruzione più basso. Infatti, il 47,0% per cento della popolazione italiana ha una

formazione scolastica che si ferma all'acquisizione della licenza media, mentre oltre il 50,5% giunge al conseguimento del diploma di scuola superiore e oltre. A ciò si aggiunga che solo il 2,5% della popolazione totale non detiene alcun titolo di studio.

Gli individui con limitazioni funzionali, invece, detengono un diploma di maturità o di formazione superiore nel 14,2% dei casi, percentuale che si abbassa all'11,5% per le femmine, mentre raggiunge quasi il 20,0% per i maschi.

Bisogna precisare, tuttavia, che i dati sul titolo di studio raggiunto vanno letti con una certa cautela. Occorre tenere presente, infatti, che il titolo di studio potrebbe essere stato conseguito prima dell'insorgenza della disabilità, quindi il livello di istruzione conseguito non può essere messo in relazione, *sic et simpliciter*, con la presenza della disabilità.

Nelle classi d'età più giovani si conseguono tendenzialmente titoli di studio più elevati. Le persone con disabilità comprese tra i 15 e i 44 anni hanno ottenuto nel 44,9% dei casi la licenza elementare e media inferiore e nel 44,6% il diploma superiore (tavola 3.10).

Nella classe di età successiva (45-64 anni) si abbassa il livello di istruzione raggiunto: la licenza elementare e media sono i titoli di studio più diffusi (59,3% dei casi). Infine, nella classe di età che include gli individui con 65 anni e più si conferma la notevole diffusione della licenza elementare e media (65,6%), ma ciò che rileva maggiormente è la crescita percentuale della condizione di chi non ha alcun titolo di studio (24,7%).

Il livello di istruzione raggiunto, inoltre, presenta una connessione con la tipologia di limitazione funzionale. Questo aspetto può essere letto tenendo conto del fatto che alcune limitazioni consentono più di altre di seguire un regolare corso di studi. Come già detto però, va sempre tenuto presente che il titolo di studio potrebbe essere stato conseguito prima dell'insorgenza della "disabilità" e che, inoltre, c'è sempre l'effetto della struttura per età della popolazione.

Tavola 3.10 - Persone di 15 anni e più per presenza di disabilità e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età e sesso - Anno 2013.

Classi di età		Titolo di Studio			
		Nessun titolo	Licenza elementare e media	Diploma e oltre	Totale
<i>Presenza di disabilità</i>					
15-44	<i>Maschi</i>	10,6	47,7	41,7	100
	<i>Femmine</i>	10,5	41,7	47,9	100
	<i>Totale</i>	10,5	44,9	44,6	100
45-64	<i>Maschi</i>	12,1	57,9	29,9	100
	<i>Femmine</i>	10,8	60,3	28,9	100
	<i>Totale</i>	11,4	59,3	29,4	100
65 e oltre	<i>Maschi</i>	16,4	69,2	14,4	100
	<i>Femmine</i>	28,3	64,0	7,6	100
	<i>Totale</i>	24,7	65,6	9,7	100
Totale	<i>Maschi</i>	15,1	65,3	19,6	100
	<i>Femmine</i>	25,9	62,7	11,5	100
	<i>Totale</i>	22,3	63,5	14,2	100
<i>Assenza di disabilità</i>					
15-44	<i>Maschi</i>	0,5	38,9	60,5	100
	<i>Femmine</i>	0,5	32,9	66,5	100
	<i>Totale</i>	0,5	36,0	63,5	100
45-64	<i>Maschi</i>	0,9	48,8	50,3	100
	<i>Femmine</i>	1,3	49,1	49,6	100
	<i>Totale</i>	1,1	48,9	50,0	100
65 e oltre	<i>Maschi</i>	6,3	66,1	27,6	100
	<i>Femmine</i>	11,2	69,1	19,6	100
	<i>Totale</i>	8,9	67,8	23,3	100
Totale	<i>Maschi</i>	1,8	47,6	50,6	100
	<i>Femmine</i>	3,1	46,4	50,5	100
	<i>Totale</i>	2,5	47,0	50,5	100

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Tra le persone con una difficoltà nella vista, nell'udito o nella parola si hanno alti titoli di studio: il 16,2% ha un diploma di scuola superiore e altro, percentuale che si attesta tra l'11 e il 12% per le altre tipologie di disabilità (tavola 3.11).

Conseguentemente nel caso di difficoltà nelle funzioni, nel movimento e di confinamento individuale si registra una percentuale compresa tra il 61,9% e il 65,8% di individui che hanno conseguito la licenza elementare e media, mentre tale percentuale si riduce al 59,6% nei soggetti con difficoltà di vista, udito e parola.

Tavola 3.11- Persone con disabilità di 15 anni e più per titolo di studio e tipo di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.

TITOLO DI STUDIO	Tipo di disabilità			
	Confinamento individuale	Difficoltà nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista, udito, parola
Nessun titolo	25,6	26,7	21,8	24,2
Licenza elementare e media	63,1	61,9	65,8	59,6
Diploma e oltre	11,3	11,4	12,4	16,2
Totale	100	100	100	100

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Il livello di istruzione delle persone con disabilità mostra una certa variabilità considerando il territorio nazionale. Tale andamento, tuttavia è abbastanza simile a ciò che accade per i soggetti non disabili fatta eccezione per alcuni aspetti (tavola 3.12).

Nelle regioni del Sud e delle Isole sono molto più alte, rispetto al Nord, le percentuali di entrambe i raggruppamenti di persone (disabili e non) che non hanno conseguito un titolo di studio: in particolare nel Sud sono il triplo rispetto al Nord-ovest (37,43% contro 10,38% per i disabili e 4,2% contro 1,3% per i non disabili). Nel dettaglio regionale si evidenziano valori alti in Basilicata (50,1%; 6,1%), Calabria (45%; 5,0%), Puglia (35,5%; 4,8%) e valori bassi per i disabili in Liguria (7,1%), Lombardia (8,4%), Trentino Alto Adige (10,4%) e per i non disabili in Trentino Alto Adige (0,5%), Friuli Venezia Giulia (0,7%) e Valle d'Aosta (0,8%).

Tavola 3.12- Persone con disabilità e non di 15 anni e più per titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche) – Dettaglio Regionale - Anno 2013

REGIONE	Titolo di Studio					
	Nessun titolo		Licenza elementare e media		Diploma e oltre	
	Dis.	N. Dis.	Dis.	N. Dis.	Dis.	N. Dis.
Piemonte	13,7	1,4	70,5	50,7	15,9	47,9
Valle d'Aosta	12,3	0,8	79,4	50,0	8,3	49,3
Liguria	7,1	1,3	73,6	48,5	19,3	50,2
Lombardia	8,4	1,3	74,2	45,6	17,4	53,0
<i>Nord Ovest</i>	<i>10,4</i>	<i>1,3</i>	<i>74,4</i>	<i>47,4</i>	<i>15,2</i>	<i>51,3</i>
Trentino Alto Adige	10,4	0,5	70,9	46,3	18,7	53,2
Veneto	14,4	1,6	70,8	49,1	14,8	49,3
Friuli Venezia Giulia	7,6	0,7	74,6	45,8	17,8	53,5
Emilia Romagna	22,9	2,5	64,7	44,6	12,4	52,9
<i>Nord Est</i>	<i>13,8</i>	<i>1,8</i>	<i>70,2</i>	<i>46,8</i>	<i>15,9</i>	<i>51,5</i>
Toscana	14,2	1,9	74,2	48,7	11,6	49,4
Umbria	31,1	3,3	57,1	43,2	11,8	53,5
Marche	26,6	3,1	63,4	45,5	10	51,4
Lazio	16,7	1,6	62,8	37,1	20,5	61,3
<i>Centro</i>	<i>22,1</i>	<i>2,0</i>	<i>64,3</i>	<i>42,3</i>	<i>13,4</i>	<i>55,7</i>
Abruzzo	32,9	3,6	52,9	45,1	14,2	51,3
Molise	33,7	4,7	57,1	49,5	9,1	45,9
Campania	27,4	3,3	57,7	49,1	14,9	47,5
Puglia	35,5	4,8	55,5	51,0	9	44,2
Basilicata	50,1	6,1	40,6	46,1	9,3	47,8
Calabria	45,0	5,0	43,9	45,1	11,2	49,8
<i>Sud</i>	<i>37,4</i>	<i>4,2</i>	<i>51,3</i>	<i>48,6</i>	<i>11,3</i>	<i>47,2</i>
Sicilia	32,0	4,0	56,7	51,3	11,3	44,7
Sardegna	31,8	3,3	56,8	52,0	11,4	44,7
<i>Isole</i>	<i>31,9</i>	<i>3,9</i>	<i>56,7</i>	<i>51,4</i>	<i>11,3</i>	<i>44,7</i>

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Per i soggetti disabili poi, al Nord, 74,4% nel Nord-Ovest e 70,2% nel Nord-Est, sono più alte le percentuali di persone che hanno conseguito la licenza elementare e media rispetto al Mezzogiorno, 51,3% al Sud e 56,7% alle Isole. In particolare si hanno valori molto alti in Valle d'Aosta (79,4%) e valori bassi in Basilicata (40,6%) e Calabria (43,9%).

Per gli individui non disabili, invece, la tendenza relativamente al conseguimento della licenza elementare e media è rovesciata in quanto le percentuali relative ai raggruppamenti geografici delle Isole e del Sud del Paese (51,4% e 48,6%) sono superiori a quelle del Nord Ovest e del Nord Est (47,4% e 46,8%). Tale differenza tuttavia non è così marcata come si registra per le persone disabili.

I titoli di studio medio alti invece non presentano un netto gradiente Nord-Sud, per entrambe i raggruppamenti di soggetti, ma resta l'eterogeneità nelle Regioni della stessa area. Un aspetto interessante da sottolineare e peculiare dei soggetti non disabili riguarda la maggiore percentuale del Centro del Paese (55,7%), rispetto a tutte le altre aree territoriali con un distacco di oltre 4 punti percentuali sui raggruppamenti del Nord e di oltre l'8% sul Sud.

Di interesse è anche sottolineare che il Lazio rappresenta la regione con il più alto tasso di istruzione superiore (diploma e oltre) sia per i soggetti disabili (20,5%) sia per gli individui non disabili (61,3%).

3.7 La condizione professionale

Un ulteriore aspetto oggetto di indagine del presente capitolo riguarda la condizione lavorativa e professionale delle persone con limitazione funzionale (tavola 3.13).

Le indagini statistiche citate in precedenza evidenziano al riguardo come il 54,0% delle persone con disabilità sia fuori dal mercato del lavoro per due fondamentali motivazioni: il 31,2% è in pensione e il 22,8% per cento è inabile al lavoro (tavola 3.13), mentre solo il 13,8% è occupato e l'8,3% cerca un'occupazione.

Guardando le differenze di genere rispetto alla condizione professionale emerge che la condizione di pensionato è molto più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne: 41,7% degli uomini a fronte del 20,8% delle donne. Lo stesso si può rilevare per la condizione di inabilità al lavoro che interessa il 27,2% degli uomini e il 18,8% delle donne. Come era prevedibile, le donne nel 30,0% dei casi sono casalinghe e questo spiega perché tra gli occupati sia maggiore la percentuale di maschi (16,1%) rispetto a quella delle femmine (11,5%).

Tavola 3.13 - Persone di 15 anni e più per presenza di disabilità e condizione professionale dichiarata (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.

Classi di età		Condizione professionale					
		Occupato	In cerca di occupazione	Casalinga	Ritirato dal lavoro	In altra condizione	Inabile al lavoro
15-44	Maschi	24,8	20,7	0,6	1,5	12,3	40,1
	Femmine	20,4	18,1	11,7	0	22,7	27,1
	Totale	22,6	19,4	6,15	0,75	17,5	33,6
45-64	Maschi	23	5,9	0	28,7	4,4	38
	Femmine	14	4,8	28	17,6	12,1	23,5
	Totale	18,5	5,3	14,0	23,1	8,2	30,7
65 e oltre	Maschi	0,4	0,3	0,1	94,8	0,8	3,6
	Femmine	0,1	0,2	50,4	44,7	0,1	4,5
	Totale	0,2	0,2	25,2	69,7	0,4	4,0
Totale Maschi		16,1	9,0	0,2	41,7	5,8	27,2
Totale Femmine		11,5	7,7	30,0	20,8	11,6	18,4
Totale complessivo		13,8	8,3	15,1	31,2	8,7	22,8

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Le persone con una difficoltà nella vista, nell'udito o nella parola mostrano una percentuale di occupati più alta (6,8%) rispetto a tutte le altre tipologie di disabilità così come è più alta la percentuale di persone in cerca di occupazione (3,5%) (tavola 3.14).

Tavola 3.14 - Persone con disabilità di 15 anni e più per condizione professionale dichiarata e tipo di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.

CONDIZIONE PROFESSIONALE DICHIARATA	Tipo di disabilità			
	Confinamento individuale	Difficoltà nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista, udito, parola
Occupato	0,8	1,0	2,5	6,8
In cerca di occupazione	0,9	0,9	1,0	3,5
Casalinga-o	34,8	32,6	32,4	27,4
Ritirato-a dal lavoro	50,0	52,9	54,9	50,0
In altra condizione	2,0	2,0	1,7	3,4
Inabile al lavoro	11,5	10,5	7,5	8,8
Totale	100	100	100	100

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

La percentuale di inabili al lavoro cresce all'aumentare della gravità della disabilità: va dal 7,5% di chi ha solo una difficoltà all'11,5% di chi ha due difficoltà o più che comportano il confinamento individuale. Come già detto anche per il titolo di studio raggiunto, va sempre tenuto presente che la condizione professionale potrebbe essere stata raggiunta prima dell'insorgenza della disabilità e che, inoltre, c'è sempre l'effetto della struttura per età della popolazione.

3.8 Le persone con limitazione funzionale in famiglia

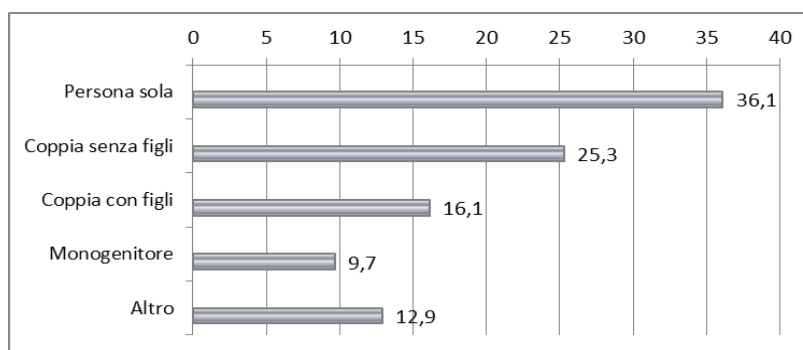
Accanto all'analisi del numero delle caratteristiche socio-demografiche dei disabili in Italia si prende in esame ora la loro condizione abitativa.

Come anticipato in precedenza, in Italia la quasi totalità delle persone con disabilità, (pari a circa il 99,6% nel 2011) vive in famiglia. Quest'ultima è quindi il "soggetto" che generalmente prende in carico il disabile e che rappresenta per la persona stessa una risorsa fondamentale per affrontare le limitazioni alla propria autonomia.

Quanto allo stato civile della persona con limitazioni funzionali le statistiche ufficiali individuano cinque macro-categorie: *la persona sola, la coppia senza figli, la coppia con figli, il mono-genitore* e un raggruppamento residuale connotato dalla dizione *altro*.

Il 41,4% delle persone con disabilità vive in coppia (il 25,3% senza figli e il 16,1% con figli) (figura 3.1).

Figura 3.1 - Persone con disabilità, di sei anni e più, per tipologia familiare (per 100 persone con le stesse caratteristiche) – Anno 2013



Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Gli uomini con limitazioni funzionali che vivono con il partner sono il 64,5% mentre le donne con una ridotta autonomia funzionale sono solamente il 29,6%.

Il 36,1% delle persone con limitazioni funzionali vive solo, tale valore sale al 44,7% se si tratta di donne e scende al 19,1% per gli uomini (tavola 3.15).

Tra i giovani adulti con limitazioni funzionali (6-44 anni) la tipologia familiare più ricorrente è quella della coppia con figli (pari al 71,8%). Con buona probabilità come già evidenziato dalle statistiche di anni precedenti si tratta in prevalenza di figli con ridotta autonomia funzionale che vivono con i genitori. Si denota, quindi, una maggiore tendenza a restare nella famiglia di origine da parte delle persone con limitazioni funzionali.

Tavola 3.15 - Persone con limitazioni funzionali di 6 anni e più per tipologia familiare (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.

TIPOLOGIA FAMILIARE		Classe di età			
		6-44 anni	45-64 anni	65 anni e più	Totale
Persona sola	<i>Maschi</i>	7,7	13,0	22,6	19,1
	<i>Femmine</i>	3,2	16,0	50,9	44,7
	<i>Totale</i>	5,6	14,7	42,4	36,1
Coppia senza figli	<i>Maschi</i>	1,5	20,0	50,5	39,2
	<i>Femmine</i>	1,9	23,1	18,8	18,2
	<i>Totale</i>	1,7	21,7	28,3	25,3
Coppia con figli	<i>Maschi</i>	68,3	40,5	13,7	25,3
	<i>Femmine</i>	76,0	34,2	4,2	11,4
	<i>Totale</i>	71,8	36,9	7,0	16,1
Mono-genitore	<i>Maschi</i>	16,8	13,8	4,1	7,3
	<i>Femmine</i>	12,4	16,9	10,0	10,8
	<i>Totale</i>	14,8	15,6	8,3	9,7
Altro	<i>Maschi</i>	5,7	12,7	9,0	9,1
	<i>Femmine</i>	6,6	9,8	16,0	14,9
	<i>Totale</i>	6,1	11,1	13,9	12,9
Totale	<i>Maschi</i>	100	100	100	100
	<i>Femmine</i>	100	100	100	100
	<i>Totale</i>	100	100	100	100

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Tra gli adulti con riduzione delle capacità funzionali (45-64 anni) il 52,5% è un genitore che vive con i figli e il partner (nel 36,9% dei casi) o solamente con i figli (nel 15,6% dei casi).

Per gli anziani privi di autonomia funzionale (65-74 anni) la condizione più frequente è quella di vivere soli (42,4%), di coabitare con il partner senza figli (28,3%) senza forti differenze rispetto alla popolazione totale. Questo avvalorerebbe l'ipotesi per cui le limitazioni funzionali derivino da patologie manifestatesi in stretta connessione con l'invecchiamento.

La tavola 3.16, invece, avendo a riferimento comunque la famiglia, pone l'attenzione sulla condizione abitativa delle persone con limitazioni funzionali e sul loro giudizio circa l'adeguatezza delle risorse finanziarie.

Osservando in modo comparativo gli individui con limitazioni funzionali e quelli autonomi si nota come sia maggiore la percentuale di coloro che vivono in abitazioni in affitto, senza utenza telefonica fissa, (aspetto che peraltro viene spesso superato attraverso l'ausilio della telefonia mobile), senza riscaldamento nel 13% dei casi. Quest'ultimo aspetto desta qualche perplessità circa l'adeguatezza degli ambienti di vita delle persone con limitazioni funzionali, e probabilmente anche delle persone autonome ma con limitate risorse in quanto anche tra di esse l'8% vive in ambienti privi di riscaldamento.

Un ulteriore aspetto che emerge riguarda il fatto che tra le persone under 65 con limitazioni si percepisce maggiormente la dimensione ridotta dell'abitazione e le cattive condizioni della stessa. Si pensi, a questo riguardo, ad esempio, alle situazioni in cui la limitazione funzionale colpisca un figlio di una giovane coppia che ha già maturato progetti di ampliamento della famiglia.

Infine, relativamente all'adeguatezza delle risorse finanziarie possedute, quasi il 53% ritiene che esse siano scarse o insufficienti tra i soggetti under 65, mentre tra gli over 65 il 50,4% degli individui con limitazioni ritiene di possedere adeguate risorse economiche.

Tavola 3.16 – Persone di 6 anni e più secondo la condizione abitativa, le risorse economiche e la presenza di limitazioni funzionali per classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013

CONDIZIONE ABITATIVA E GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE	Classi di età		TOTALE
	6-64	65 e più	
SENZA LIMITAZIONI			
CONDIZIONE ABITATIVA			
Abitazione in affitto	19,1	10,6	17,5
Abitazione senza riscaldamento	8,1	7,2	8,0
Abitazione senza telefono	37,9	19,4	34,4
Abitazione in cattive condizioni	3,2	2,1	3,0
Abitazione troppo piccola	10,5	2,0	8,9
GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE			
Scarse o insufficienti	39,6	35,0	38,8
Ottime o adeguate	60,4	65,0	61,2
CON LIMITAZIONI			
CONDIZIONE ABITATIVA			
Abitazione in affitto	21,8	13,9	15,5
Abitazione senza riscaldamento	13,0	13,0	13,0
Abitazione senza telefono	33,7	23,1	25,2
Abitazione in cattive condizioni	7,4	4,3	4,9
Abitazione troppo piccola	11,8	3,2	4,9
GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE			
Scarse o insufficienti	52,9	49,6	50,2
Ottime o adeguate	47,1	50,4	49,8
TOTALE			
CONDIZIONE ABITATIVA			
Abitazione in affitto	19,2	11,3	17,4
Abitazione senza riscaldamento	8,2	8,4	8,2
Abitazione senza telefono	37,9	20,1	33,9
Abitazione in cattive condizioni	3,2	2,6	3,1
Abitazione troppo piccola	10,5	2,3	8,7
GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE			
Scarse o insufficienti	39,8	37,9	39,4
Ottime o adeguate	60,2	62,1	60,6

Fonte: sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/144093>.

3.9 L'istituzionalizzazione delle persone con limitazione funzionale a livello nazionale e territoriale

I dati fin qui citati fanno riferimento alle persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia. Per integrare il quadro si introducono le persone con disabilità che

vivono in istituto, che nel 2011 sono pari a 264.378 (tavola 3.17): lo 0,44% della popolazione italiana che ammonta a 59.433.744¹⁵.

Anche l'istituzionalizzazione delle persone con disabilità cresce all'aumentare dell'età dei soggetti con limitazioni funzionali: lo 0,09% della popolazione italiana è rappresentata da disabili *adulti* (18-64 anni) ospiti in istituto e lo 0,35% è costituito da disabili *anziani* (65 anni e più) non autosufficienti ospiti in presidi residenziali socio-assistenziali. I *minori* (0-17 anni) ospitati in istituti sono nettamente inferiori e la loro percentuale sul totale della popolazione è del tutto irrisoria.

Tavola 3.17 - Persone con limitazioni funzionali ospiti in istituto – Anno 2011

	V.A.	% sul totale della popolazione
Ospiti minori con disabilità o disturbi mentali dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari Anno 2011	2.842	0,0%
Ospiti adulti con disabilità o patologia psichiatrica dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari Anno 2011	51.591	0,1%
Ospiti anziani non autosufficienti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari Anno 2011	209.945	0,3%
Totale ospiti con disabilità o non autosufficienti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari Anno 2011	264.378	0,4%

Fonte: censimento dei Presidi Residenziali socio-assistenziali 2011.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, ossia la categoria che più ricorre a livello nazionale al supporto dei presidi residenziali socio-assistenziali, dai dati esaminati emerge come tale fenomeno interessi maggiormente il Nord Est (0,6%) e il Nord Ovest (0,6%) del Paese mentre risulta molto meno diffuso sia nel Centro Italia (0,2%) sia, soprattutto, nelle Isole (0,1%) e nel Meridione (0,1%) (tavola 3.18).

Tale risultanza supporta quanto evidenziato relativamente alla forbice tra Nord e Sud Italia in relazione ai soggetti con disabilità inseriti in contesti familiari. Tale aspetto

¹⁵ Cfr. ISTAT, *15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Struttura demografica della popolazione. Dati definitivi, 2011*, disponibile on line sul sito web http://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf.

risente tuttavia fortemente del numero di strutture residenziali non equamente distribuito sul territorio nazionale.

Tavola 3.18 - Ospiti anziani non autosufficienti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (valori assoluti e percentuali sul totale della popolazione) - Dettaglio regionale - Anno 2011.

Regioni	Nr.	% sul totale della popolazione
Piemonte	25.937	0,6
Valle d'Aosta	897	0,7
Liguria	7.386	0,5
Lombardia	60.431	0,6
<i>Nord Ovest</i>	94.651	0,6
Trentino Alto Adige	8.374	0,8
Veneto	28.008	0,6
Friuli-Venezia Giulia	8.403	0,7
Emilia-Romagna	25.646	0,6
<i>Nord Est</i>	70.431	0,6
Toscana	11.389	0,3
Umbria	1.905	0,2
Marche	4.925	0,3
Lazio	5.759	0,1
<i>Centro</i>	23.978	0,2
Abruzzo	2.812	0,2
Molise	713	0,2
Campania	1.906	0,0
Puglia	4.684	0,1
Basilicata	809	0,1
Calabria	2.071	0,1
<i>Sud</i>	12.995	0,1
Sicilia	5.434	0,1
Sardegna	2.459	0,1
<i>Isole</i>	7.893	0,1
Totale	209.945	0,3

Fonte: censimento dei Presidi Residenziali socio-assistenziali 2011

Nel nostro Paese, al 31 dicembre 2013, risultano attivi 12.261 presidi residenziali¹⁶. Le “unità di servizio”¹⁷ che operano al loro interno ammontano a 14.856

¹⁶ Si definisce Presidio residenziale la struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Sono escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private.

¹⁷ A partire dal 2009 l’analisi dell’offerta residenziale viene condotta a livello di “unità di servizio” che, all’interno di ciascun presidio, eroga diverse tipologie di assistenza. Come previsto dal “Nomenclatore

e dispongono complessivamente di 384.450 posti letto (6,32 ogni mille persone residenti) dei quali 278.652 rivolti agli anziani.

L'analisi territoriale dell'offerta, tuttavia, evidenzia forti squilibri; in particolare la più alta disponibilità di offerta si riscontra nel Nord dove si concentra il 66% dei posti letto disponibili (9,12 ogni 1.000 residenti). L'offerta decresce rapidamente nelle altre ripartizioni e tocca i valori minimi nel Sud del Paese con il 10,39% dei posti letto (soltanto 2,82 posti letto ogni 1.000 residenti) (tavola 3.19).

Tavola 3.19 – Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, posti letto, ospiti per tipologia di utenza e ripartizione geografica (valori assoluti e tassi per 1000 residenti) - Anno2013.

REGIONE	Presidi residenziali	Totale posti letto	Ospiti			
			Minori	Adulti	Anziani	Totale
Valori assoluti						
Nord Ovest	3.615	150.811	4.658	24.184	115.507	144.348
Nord Est	3.260	103.210	3.666	16.137	79.169	98.972
Centro	2.355	58.005	3.503	11.984	39.631	55.117
Sud	1.646	39.951	2.612	9.794	25.723	38.129
Isole	1.385	32.473	3.147	9.148	18.623	30.919
ITALIA	12.261	384.450	17.586	71.247	278.652	367.485
Tassi per 1.000 residenti						
Nord Ovest	0,22	9,35	1,77	2,46	31,48	8,95
Nord Est	0,28	8,86	1,90	2,26	30,58	8,49
Centro	0,20	4,81	1,81	1,61	14,69	4,57
Sud	0,12	2,82	1,04	1,10	9,49	2,69
Isole	0,20	4,80	2,74	2,15	13,81	4,57
ITALIA	0,20	6,32	1,73	1,89	21,41	6,05

Fonte: Istat, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio sanitari, Report 31 dicembre 2011, p. 2, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176622>.*

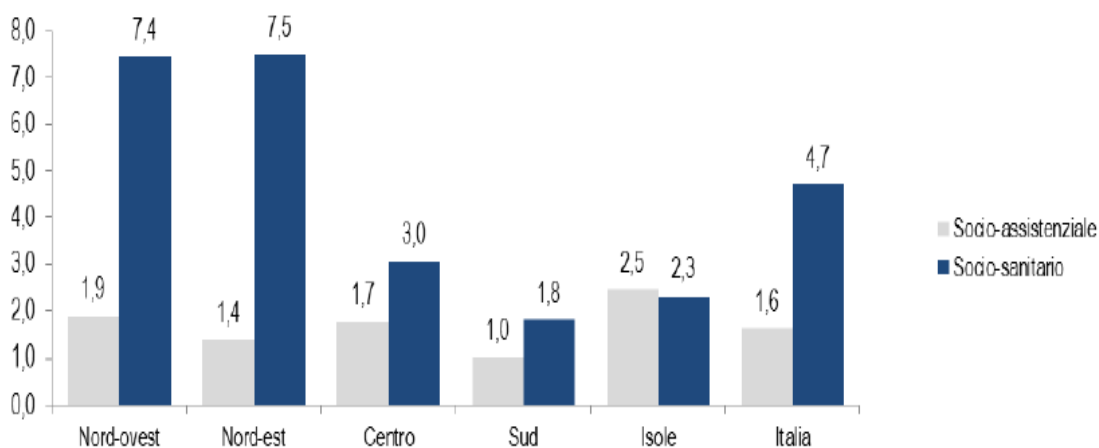
I valori minimi si registrano in Campania con 1,7 posti letto per 1.000 abitanti. Sardegna e Molise si discostano dal quadro che si configura nel Sud del Paese,

interregionale degli interventi e dei servizi sociali”, le “unità di servizio” vengono classificate secondo tre livelli: la funzione di protezione sociale, il livello di assistenza sanitaria erogata, il carattere della residenzialità. Ai tre criteri di classificazione viene inoltre associato il target d'utenza prevalente. L'obiettivo della classificazione è quello di consentire una descrizione dell'offerta residenziale che non risenta dei diversi criteri definitivi e classificatori adottati a livello regionale.

registrando tassi superiori a 5 posti letto ogni 1.000 residenti (rispettivamente 5,1 e 6,2 posti letto ogni 1.000 residenti).

Le regioni del Nord presentano la più alta disponibilità di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,4 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore inferiore a due nelle regioni del Sud. La distribuzione territoriale di posti letto dedicati alle funzioni di tipo socio-assistenziale segue, invece, un andamento più omogeneo e si assesta su valori molto più bassi in tutte le ripartizioni territoriali, ad eccezione delle Isole, dove l'offerta residenziale assistenziale prevale su quella sanitaria (figura 3.2).

Figura 3.2 – Posti letto per tipologia di “unità di servizio” e ripartizione geografica (tassi per 1000 residenti) – Anno 2011.



Fonte: Istat, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio sanitari*, Report 31 dicembre 2011, p. 6, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176622>.

3.10 Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione con limitazioni funzionali

Un ultimo aspetto esaminato che consente di tracciare un profilo completo della situazione dei disabili in Italia riguarda il loro stato di salute.

Le informazioni statistiche raccolte nell'ambito dell'Indagine Istat sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari¹⁸ consentono di tracciare un profilo circa

¹⁸ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/7740>

lo stato di salute della popolazione con disabilità prendendo in esame diversi aspetti tra cui la diffusione di malattie croniche gravi e il livello di dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici.

Accanto allo stato di salute, nel proseguo del paragrafo si prenderà in considerazione anche il ricorso ai servizi sanitari da parte dei soggetti disabili, aspetto anch'esso strettamente connesso allo stato di salute di questi ultimi.

Riprendendo in primo luogo le informazioni statistiche inerenti lo stato di salute, un dato interessante da sottolineare riguarda la diffusione di malattie croniche gravi tra i soggetti interessati a diversi livelli da forme di limitazione funzionale.

L'associazione tra presenza di disabilità e morbosità cronica è, come ovvio, molto forte in quanto le patologie croniche possono essere sia la causa dell'insorgenza della disabilità, sia una conseguenza di deficit funzionali determinati da altri eventi. Le persone con disabilità presentano dunque condizioni di salute nettamente peggiori rispetto alla popolazione non disabile.

Molte delle malattie croniche possono condurre alla disabilità. Alcune patologie particolarmente gravi talvolta, pur non essendo fatali, comportano, per le persone che ne sono colpite, una riduzione dell'autonomia (ictus, infarto, ecc.); altre (osteoporosi, artrosi, ecc.) causano processi degenerativi altamente invalidanti e, una volta insorte, comportano una progressiva limitazione dell'autonomia nello svolgere le attività essenziali della vita quotidiana.

Inoltre, come si è detto, l'insorgenza di patologie croniche può essere connessa alla presenza di disabilità ad esordio infantile o dovute ad eventi traumatici. È il caso, ad esempio, delle persone disabili costrette su una sedia a rotelle, per le quali possono insorgere complicanze dell'apparato circolatorio, dell'apparato digerente, urologico o di altri disturbi.

A prescindere dal nesso causale, analizzando complessivamente l'associazione tra presenza di disabilità e morbosità cronica, si rileva che la gran parte dei disabili è colpito da patologie di tipo cronico, con quote rilevanti di persone in condizioni di multi-cronicità o affette da malattie gravi¹⁹ (tavola 3.20).

¹⁹ Si definiscono croniche le malattie o condizioni di "cattiva" salute permanenti o di lunga durata per le quali sono necessari lunghi periodi di controllo e cura. Esempi di malattie croniche sono: artrosi/artrite, ipertensione, asma, allergia, diabete, infarto del miocardio, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, tumore maligno, enfisema, cefalea o emicrania ricorrente, ansietà cronica e depressione,

Tavola 3.20 – Presenza di malattie croniche gravi in persone di 6 anni e più (per 100 persone con le stesse caratteristiche) classificate per sesso e classe di età - Anno 2013.

Classi di età		Presenza di malattie croniche gravi	
		Presenza di disabilità	Assenza di disabilità
6-44 anni	Maschi	13,1	3,3
	Femmine	14,5	4,0
	Totale	13,7	3,6
45-64 anni	Maschi	46,2	17,8
	Femmine	48,1	16,1
	Totale	47,2	16,9
65 e più	Maschi	77,9	46,6
	Femmine	72,4	38,0
	Totale	74,0	41,9
<i>Totale</i>	<i>Maschi</i>	<i>64,1</i>	<i>15,3</i>
	<i>Femmine</i>	<i>66,5</i>	<i>14,6</i>
	<i>Totale</i>	<i>65,7</i>	<i>14,9</i>

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Ben il 65,7% delle persone con disabilità è colpito da malattie croniche gravi. Tale percentuale si riduce al 13,7% considerando i disabili compresi nella classe di età 6-44 anni, sale al 47,2% per i soggetti affetti da disabilità aventi dai 45 ai 64 anni e cresce ulteriormente fino al 74,0% per gli individui con deficit funzionali ultrasessantacinquenni.

Se in quest'ultima classe di età si considerano solo i disabili di sesso maschile la percentuale di soggetti affetti da malattie croniche gravi raggiunge circa il 78%.

Per ciascuna classe di età la percentuale di disabili colpiti da patologie croniche gravi è nettamente superiore a quella osservata tra le persone libere da disabilità.

Tra i più giovani i malati cronici gravi non disabili sono pari al 3,6%, percentuale che è quasi quadruplicata con riferimento ai soggetti con limitazioni funzionali afferenti alla stessa classe d'età.

Per quanto riguarda gli adulti affetti da patologie croniche gravi, essi raggiungono il 17% circa. Tale valore è poco meno che triplicato se si osservano gli individui disabili adulti recanti anch'essi patologie croniche gravi.

alzheimer/demenze senili, malattie della tiroide, etc. Sul punto si veda il sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>.

Tra gli anziani, infine, i non disabili malati cronici gravi sono pari al 41,9%, mentre i disabili affetti da malattie croniche gravi sono poco meno del doppio.

Questo aspetto consente di rafforzare quello che in apertura del paragrafo si è sottolineato in merito al particolare nesso di causalità reciproca esistente tra presenza di limitazioni funzionali e patologie croniche gravi. Inoltre è interessante precisare come in relazione agli individui non disabili e in termini proporzionali siano maggiori i giovani e gli adulti, rispetto agli anziani, colpiti da patologie croniche gravi. Queste ultime, infatti possono insorgere per molteplici ragioni e l'avanzare dell'età evidentemente espone anche la persona non disabile ad un maggiore rischio.

La tavola 3.21 offre un approfondimento circa le principali tipologie di malattie croniche che si manifestano (e possono acuendosi diventare patologie gravi), mettendo a confronto la popolazione con disabilità con quella che non ha alcuna limitazione funzionale e ripartendo ciascuna macro categoria in relazione alle differenti classi di età.

Tavola 3.21 – Persone di 6 anni e più per tipo di malattie croniche, presenza di limitazioni funzionali e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche) - Anno 2013.

TIPO DI MALATTIE	SENZA LIMITAZIONI FUNZIONALI				CON LIMITAZIONI FUNZIONALI				TOTALE			
	Classi di età				Classi di età				Classi di età			
	6-44	45-64	65 e più	Totale	6-44	45-64	65 e più	Totale	6-44	45-64	65 e più	Totale
Asma	3,8	3,7	5,4	4,1	4,9	7,9	10,1	9,4	3,8	3,8	6,4	4,4
Allergia	13,1	11,1	8,2	11,6	11,6	13,2	9,2	9,8	13,1	11,1	8,4	11,5
Celiachia	0,7	0,5	0,2	0,5	1,3	1,3	0,4	0,6	0,7	0,5	0,3	0,5
Diabete	0,8	5,8	14,9	5,0	3,0	16,0	26,9	23,6	0,8	6,0	17,3	6,0
Ipertensione	2,1	21,9	46,5	16,6	2,9	31,6	57,1	49,5	2,1	22,1	48,6	18,4
Infarto del miocardio	0,1	1,8	5,4	1,6	0,0	4,5	10,3	8,7	0,1	1,8	6,4	2,0
Angina pectoris	0,0	0,6	1,8	0,5	0,2	1,5	4,6	3,8	0,0	0,6	2,3	0,7
Altre malattie del cuore	0,7	3,0	10,3	3,3	4,7	8,7	23,0	19,8	0,8	3,2	12,9	4,2
Ictus	0,1	0,7	2,8	0,8	2,6	9,5	14,8	13,1	0,1	0,9	5,2	1,5
Artrosi, Artrite	1,7	18,4	45,3	15,1	4,5	32,5	70,8	60,7	1,7	18,6	50,4	17,6
Osteoporosi	0,2	5,9	20,5	5,8	1,5	13,4	47,2	39,5	0,2	6,0	25,8	7,7
Tumore maligno	0,3	1,8	4,0	1,5	1,3	8,3	6,7	6,4	0,3	1,9	4,5	1,7
Cefalea o emicrania ricorrente	9,5	14,4	9,9	11,1	11,6	20,6	16,5	16,5	9,6	14,5	11,2	11,4
Alzheimer, Demenze senili	0,0	0,0	1,0	0,2	0,0	2,5	17,4	14,3	0,0	0,1	4,3	1,0
Parkinsonismo	0,0	0,1	0,6	0,2	0,3	1,2	6,2	5,1	0,0	0,1	1,7	0,4
Depressione	1,5	4,7	7,1	3,6	9,6	25,2	23,6	22,5	1,6	5,2	10,4	4,6
Ansietà cronica grave	1,0	3,3	5,4	2,5	6,9	18,1	16,3	15,7	1,1	3,6	7,5	3,3
Disturbi del comportamento alimentare	0,4	0,6	0,4	0,4	3,0	4,0	1,3	1,7	0,4	0,6	0,6	0,5
Cirrosi epatica	0,1	0,3	0,6	0,2	0,3	2,2	1,0	1,0	0,1	0,3	0,7	0,3
Malattie della tiroide	2,4	7,6	8,3	5,1	4,5	11,4	9,8	9,5	2,4	7,7	8,6	5,4
Insufficienza renale cronica	0,2	0,8	2,9	0,9	0,3	4,9	10,4	8,9	0,2	0,9	4,4	1,3
Bronchite cronica, enfisema	0,9	3,2	9,1	3,2	2,6	9,8	20,1	17,4	1,0	3,3	11,3	4,0
Altra malattia o condizione patologica	1,8	3,8	3,9	2,8	11,5	12,9	4,7	6,2	1,9	4,0	4,0	3,0

Fonte: sito internet <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Tra la popolazione con ridotta autonomia funzionale trovano un riscontro numerico rilevante molte delle malattie croniche indicate nella tavola. In particolare spiccano artrosi e artrite (60,7%) e ipertensione (49,5%) che risultano essere anche le principali patologie diffuse tra gli individui senza disabilità sebbene con percentuali più contenute (15,1% le prime e 16,6% la seconda).

A seguire vi sono poi, tra i più diffusi, osteoporosi (39,5%), diabete (23,6%), depressione (22,5%). Interessante notare come accanto alle malattie fisiche gravi si pongano patologie psicologiche importanti. Questo suggerisce che per indagare lo stato di salute della persona è necessario tenere in considerazione tanto l'aspetto fisico quanto quello psicologico in quanto ugualmente rilevanti e spesso interdipendenti.

Un altro dato che aiuta a riflettere sullo stato di salute delle persone disabili è desumibile dal livello di ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici. La disabilità, infatti, non ha unicamente a riferimento le limitazioni funzionali di tipo fisico, ma include anche quelle di tipo psicologico. Anche in tal caso poi tra limitazioni fisiche e psicologiche esiste uno stretto legame di causalità.

In termini generali, la tavola 3.22 evidenzia come le dimissioni degli uomini siano più elevate di quelle delle donne fino ai 44 anni, mentre la situazione si inverte dai 45 anni in su. A livello complessivo, tuttavia, l'ospedalizzazione per disturbi psichici è maggiore per i maschi rispetto alle femmine.

Tavola 3.22 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (valori per centomila) per sesso e classe di età - Anno 2013.

CLASSE DI ETÀ	Sesso		Totale
	Maschi	Femmine	
Fino a 17 anni	496,9	318,0	410,1
18-24 anni	331,8	306,4	319,4
25-44 anni	440,9	363,9	402,4
45-64 anni	417,2	434,6	426,1
65-74 anni	288,5	353,6	323,1
75 anni e più	473,1	513,9	498,2
Totale	423,1	390,3	406,2

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Volendo approfondire questo aspetto, la tavola 3.23 distingue le dimissioni ospedaliere per disturbi psichici non solo in relazione al sesso, ma anche alla classe di età e alla differente tipologia di disturbo (sulla base di quando definito dagli aggregati clinici di codice S)²⁰.

In relazione a quest'ultimo aspetto la tavola mette in evidenza alcuni fenomeni prevalenti, tralasciando le categorie residuali che risultano poco esplicative.

Innanzitutto è possibile notare come tra gli under 17, siano essi maschi o femmine, i disturbi più diffusi siano il ritardo mentale, la schizofrenia e i disturbi ad essa correlati, l'ansia, i disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità nonché i disturbi dell'età pre-adulta. Tra i 18-24 anni i principali problemi psichici che colpiscono maschi e femmine riguardano ancora l'ansia, i disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità come pure i disturbi affettivi. Tali disagi psichici si acquiscono tra i 25 e i 64 anni accompagnati anche da disturbi legati all'abuso di alcool e schizofrenia. A partire dai 65 anni accanto ai disturbi affettivi iniziano a manifestarsi i disturbi mentali senili e organici che si accentuano notevolmente negli over 75 sia uomini che donne.

Tavola 3.23 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (valori per centomila) per classe di età, aggregati clinici di codice e sesso - Anno 2013.

AGGREGATI CLINICI DI CODICE (S)	Classe di età						Totale
	Fino a 17 anni	18-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	
	Maschi						
Ritardo mentale	56,5	19,8	9,0	3,2	0,5	0,3	15,0
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcool	4,0	12,1	40,5	49,0	19,5	8,5	29,4
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	2,0	21,0	25,1	10,0	2,7	4,3	12,4
Disturbi mentali senili e organici	3,7	4,3	5,4	18,4	96,8	356,2	47,8
Disturbi affettivi	12,3	49,9	91,1	131,3	98,1	55,1	83,0
Schizofrenia e disturbi correlati	74,5	69,0	122,1	108,4	26,3	6,2	86,1
Altre psicosi	6,9	58,4	51,5	31,1	17,9	19,3	32,1

²⁰ Per un approfondimento sul punto si veda il sito internet http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4362&area=ricoveriOspedaliere&menu=acc

AGGREGATI CLINICI DI CODICE (S)	Classe di età						Totale
	Fino a 17 anni	18-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	41,8	68,2	77,2	50,0	18,9	14,0	51,2
Disturbi dell'età pre-adulta	70,0	6,4	1,9	1,1	0,5	0,7	13,9
Altre condizioni mentali	217,0	21,5	15,7	14,0	7,1	8,1	49,9
Anamnesi disturbo psichico	8,2	1,2	1,4	0,7	0,2	0,4	2,2
Totale	469,9	331,8	440,9	417,2	288,5	473,1	423,1
Femmine							
Ritardo mentale	42,7	16,4	6,4	2,3	0,7	0,3	10,3
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcool	2,8	4,1	13,8	18,7	6,8	2	10,5
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	1,4	8,7	10,7	9,8	4,8	5,1	7,5
Disturbi mentali senili e organici	3,1	1,9	3,2	14,8	87,3	372,6	62,5
Disturbi affettivi	12,3	52	118,8	194,6	158	75,1	117,3
Schizofrenia e disturbi correlati	17,9	24,6	60,6	80,3	30,4	7,2	46,8
Altre psicosi	4,9	24,9	35	32,5	24,1	21,6	26
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	46,3	91,6	82,1	60,7	30,7	20,6	57,7
Disturbi dell'età pre adulta	19,3	2,8	1	0,5	0,4	0,6	3,8
Altre condizioni mentali	162,3	78,4	31,2	19,5	10,2	8,5	46,6
Anamnesi disturbo psichico	4,9	1,0	1,1	0,7	0,2	0,3	1,4
Totale	318	306,4	363,9	434,6	353,6	513,9	390,3
Totale							
Ritardo mentale	49,8	18,2	7,7	2,8	0,6	0,3	12,6
Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcool	3,4	8,2	27,2	33,5	12,8	4,5	19,7
Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	1,7	15	17,9	9,9	3,8	4,8	9,8
Disturbi mentali senili e organici	3,4	3,1	4,3	16,6	91,8	366,3	55,4
Disturbi affettivi	12,3	50,9	105	163,7	129,9	67,4	100,7
Schizofrenia e disturbi correlati	47	47,4	91,4	94	28,5	6,8	65,9
Altre psicosi	5,9	42,1	43,2	31,8	21,2	20,7	29
Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	44	79,6	79,7	55,5	25,2	18,1	54,6
Disturbi dell'età pre adulta	45,4	4,6	1,4	0,8	0,5	0,6	8,7
Altre condizioni mentali	190,5	49,2	23,4	16,8	8,7	8,4	48,2
Anamnesi disturbo psichico	6,6	1,1	1,2	0,7	0,2	0,3	1,8
Totale	410,1	319,4	402,4	426,1	323,1	498,2	406,2

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Per quanto attiene la ripartizione geografica dell'ospedalizzazione (tavola 3.24) per disturbi psichici si rileva che quest'ultima riguarda tutto il territorio nazionale registrando, tuttavia livelli più elevati nell'area insulare (450,6 per centomila), nel centro della penisola (447,8 per centomila) e nel Nord-Ovest (429,7 per centomila), mentre numerosità più contenute nel Nord-Est (369,2 per centomila) e nel Sud (353,7 per centomila).

Tavola 3.24 - Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (valori per centomila) per classe di età - Anno 2013.

REGIONI	Classe di età						Totale
	Fino a 17 anni	18-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	
Piemonte	158,0	370,2	518,6	637,6	478,3	500,5	480,7
Valle d'Aosta	168,8	663,5	480,5	628,7	546,0	944,2	540,5
Liguria	392,1	657,2	757,6	706,3	442,2	587,7	619,8
Lombardia	246,6	377,2	415,4	423,0	298,7	429,7	375,2
<i>Nord-ovest</i>	<i>235,0</i>	<i>403,2</i>	<i>473,6</i>	<i>513,0</i>	<i>368,2</i>	<i>474,9</i>	<i>429,7</i>
Trentino Alto Adige	177,6	401,9	506,7	569,3	606,8	958,6	506,7
Veneto	201,9	306,2	366,1	416,6	343,9	518,9	362,2
Friuli-Venezia Giulia	202,7	139,0	167,5	244,0	207,3	542,8	243,4
Emilia-Romagna	177,2	373,5	378,3	391,8	293,3	701,3	379,3
<i>Nord-est</i>	<i>190,4</i>	<i>323,8</i>	<i>363,4</i>	<i>402,0</i>	<i>329,6</i>	<i>631,1</i>	<i>369,2</i>
Toscana	471,2	346,8	362,1	347,0	217,5	371,0	357,7
Umbria	416,4	360,2	382,3	343,9	232,7	425,8	364,2
Marche	356,1	281,9	435,0	481,1	295,1	528,1	421,5
Lazio	1228	403,8	370,7	356,3	288,1	615,0	526,7
<i>Centro</i>	<i>828,1</i>	<i>367,8</i>	<i>377,2</i>	<i>368,5</i>	<i>261</i>	<i>502,7</i>	<i>447,8</i>
Abruzzo	790,4	269,9	422,8	453,4	422,0	489,9	485,6
Molise	286,3	311,2	537,5	488,9	362,0	427,9	437,2
Campania	397,1	200,6	316,3	345,2	249,3	313,3	323,0
Puglia	428,5	261,7	359,0	332,0	291,7	419,9	354,8
Basilicata	443,9	257,4	344,5	355,0	204,4	330,0	341,2
Calabria	290,7	212,6	345,8	381,4	304,4	476,1	344,0
<i>Sud</i>	<i>423,8</i>	<i>229,5</i>	<i>348,4</i>	<i>360,7</i>	<i>288,4</i>	<i>394,5</i>	<i>353,7</i>
Sicilia	414,6	291,7	480,3	546,4	413,4	460,0	461,5
Sardegna	591,1	273,9	409,0	353,6	285,0	621,7	417,3
<i>Isole</i>	<i>452</i>	<i>288</i>	<i>462,4</i>	<i>495,2</i>	<i>379</i>	<i>500,6</i>	<i>450,6</i>
Totale	410,1	319,4	402,4	426,1	323,1	498,2	406,2

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

La regione che presenta il livello massimo di ospedalizzazione con notevole distacco rispetto alle altre è la Liguria con un valore di 619,8 dimissioni per centomila. Si tratta per altro della regione più vecchia d'Italia.

A lato opposto, il Friuli Venezia Giulia si presenta come la Regione con il livello minimo di ospedalizzazioni pari a 243,4 per centomila, anche in questo caso distaccando notevolmente le altre Regioni.

Con riferimento alle classi di età è molto difficile esprimersi in termini generali in quanto permangono tipicità caratteristiche delle singole aree territoriali o delle diverse regioni. Ciò che è possibile osservare è la minore ospedalizzazione dei giovani fino ai 17 anni nel Nord del Paese, a fronte di livelli maggiori di dimissioni ospedaliere tra i giovani adulti (25-44 anni e 45-64 anni) e gli ultrasessantacinquenni.

Nel Centro, nel Sud e nelle Isole è elevata invece la numerosità delle ospedalizzazioni di giovani under 17. Meno accentuata appare quella di giovani adulti (25-44 anni e 45-64 anni) e di ultrasessantacinquenni.

Approfondendo ora il ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione con disabilità si intende indagare questo aspetto esaminando alcuni fenomeni specifici:

- il numero di *accertamenti diagnostici* effettuati dalle persone disabili;
- la numerosità delle *visite generiche* a cui fanno ricorso questi stessi individui;
- la consistenza delle *visite specialistiche* inerenti i soggetti con limitazioni funzionali;
- l'entità dei *ricoveri ordinari* riguardanti i disabili.

Relativamente al primo aspetto, gli *accertamenti diagnostici* effettuati dalle persone disabili di 6 anni e più (pari in media a 71,5 ogni 100 soggetti disabili) sono, come è ovvio, di molto superiori a quelli compiuti dai soggetti che non presentano disabilità (che ammontano in media a 25,8 ogni 100 persone non disabili). Questa divergenza si manifesta per tutte le classi di età considerate, ma si accentua in modo particolare tra i 45 e i 75 anni. Nelle classi di età 45-64 anni e 65-74 anni risultano essere maggiori gli accertamenti compiuti dai maschi rispetto alle femmine contrariamente a quanto avviene tra i soggetti non disabili (tavola 3.25).

Un aspetto rilevante da sottolineare riguarda i maschi disabili tra i 65 e i 74 anni di età che nell'arco dell'anno 2013 hanno compiuto in media 118,6 accertamenti diagnostici ogni 100 persone disabili, il che significa quasi 1,2 accertamenti pro-capite.

Conseguentemente anche il dato riferito al totale degli accertamenti diagnostici compiuti da disabili della stessa classe di età segnala che ogni individuo con limitazioni funzionali rientrante in tale raggruppamento ha eseguito in media, nel 2013, 1,02 accertamenti diagnostici.

Tavola 3.25 - Accertamenti diagnostici effettuati dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013

Sesso	Classe di età					Totale
	6-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	
Presenza di disabilità						
Maschi	25,0	36,7	86,2	118,6	74,8	77,5
Femmine	10,7	43,4	71,4	92,5	67,0	68,5
Totale	18,1	39,7	77,9	102,4	69,2	71,5
Assenza di disabilità						
Maschi	8,1	13,1	25,4	42,5	52,4	21,7
Femmine	10,2	28,7	33,8	45,6	42,4	29,8
Totale	9,1	20,9	29,7	44,1	46,8	25,8

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Anche l'andamento delle *visite mediche generiche* è del tutto simile a quello degli accertamenti diagnostici (tavola 3.26). I soggetti disabili ricorrono con maggiore frequenza a visite mediche generiche (in media 92,3 visite di medicina generale ogni 100 persone disabili) rispetto agli individui che non hanno deficit funzionali (mediamente 28,3 visite mediche generiche ogni 100 persone senza limitazioni funzionali). Si tratta di una tendenza che è verificata ad ogni età e che pesa maggiormente e in modo crescente tra i giovani adulti e gli anziani (dai 25 a oltre 75 anni). Il ricorso a questa tipologie di visite mediche riguarda prevalentemente le donne più giovani (in media 46 visite generiche ogni 100 disabili) e quelle più anziane (in media 103 visite mediche generiche ogni 100 persone disabili) e i maschi dell'età adulta. Con riferimento a questi ultimi si sottolinea che tra i 45 e i 64 anni effettuano in media 86,2 visite mediche generiche annue ogni 100 persone disabili, mentre tra i 65 e i 74 anni effettuano mediamente ben 118,6 visite generiche annue ogni 100 persone

disabili. Questo sta a significare che realizzano in media circa 1,2 visite mediche generiche pro-capite all'anno.

Tra i disabili over 65 si segnala ancora un valore medio complessivo delle visite mediche pari a 102,2 stante a significare che i disabili in tale fascia compiono annualmente e mediamente 1,02 visite generiche a persona ogni 100 individui con limitazioni funzionali.

Tavola 3.26 - Visite mediche generiche effettuate dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.

Sesso	Classe di età					Totale
	6-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	
Presenza di disabilità						
Maschi	25,0	36,7	86,2	118,6	74,8	77,5
Femmine	46,0	43,6	67,4	83,2	103,0	86,4
Totale	32,9	50,5	73,1	92,2	102,2	92,3
Assenza di disabilità						
Maschi	15,5	14,7	24,3	46,9	63,4	24,6
Femmine	17,0	22,9	32,1	54,0	64,6	31,8
Totale	16,2	18,8	28,3	50,6	64,1	28,3

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Le *visite mediche specialistiche*, in uniformità con le attese, sono coerenti per andamento numerico con quanto già evidenziato per gli accertamenti diagnostici e le visite mediche generiche.

In particolare i soggetti che fanno maggior ricorso alle stesse sono quelli disabili con un valore medio pari al 65 visite specialistiche ogni 100 persone con disabilità a fronte di una media di 26,9 visite specialistiche ogni 100 individui non affetti da disabilità (tavola 3.27).

Anche in tal caso tutte le classi di età sono interessate e i maggiori distacchi (comunque più contenuti rispetto ai precedenti) riguardano i giovani dai 6 ai 24 anni (40,9 visite specialistiche medie per i disabili a fronte delle 16,9 medie dei non disabili), gli adulti soprattutto maschi dai 45 ai 64 anni, (83,4 visite specialistiche medie per i

disabili fronte del 23,6 medie degli individui non affetti da disabilità) e dai 65 ai 74 anni (89,4 visite specialistiche medie per i disabili rispetto alle 36,6 medie dei soggetti non disabili).

Tavola 3.27 - Visite mediche specialistiche effettuate dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.

Sesso	Classe di età					Totale
	6-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	
Presenza di disabilità						
Maschi	40,7	43,7	83,4	89,4	68,2	70,2
Femmine	41,0	67,0	74,6	73,8	59,3	62,4
Totale	40,9	54,1	78,4	79,7	61,8	65,0
Assenza di disabilità						
Maschi	15,3	16,5	23,6	36,6	43,2	22,4
Femmine	18,7	31,0	33,4	41,6	38,3	31,2
Totale	16,9	23,7	28,6	39,2	40,4	26,9

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

L'ultimo aspetto considerato riguarda il numero di *ricoveri ordinari* effettuati dalle persone disabili di 6 anni e più (tavola 3.28).

A questo riguardo, i valori medi annui ogni 100 persone disabili e non sono di molto inferiori rispetto a quelli relativi agli accertamenti diagnostici e alle visite mediche generiche e specialistiche. Tali valori medi rimangono comunque superiori per i soggetti disabili (13,9) rispetto a quelli non affetti da deficit funzionali (2,4) e ciò si manifesta in relazione a tutte le classi di età e soprattutto con specifico riguardo agli individui maschi.

Tavola 3.28 - Ricoveri ordinari effettuati dalle persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso e classe di età - Anno 2013.

Sesso	Classe di età					Totale
	6-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e più	
Presenza di disabilità						
Maschi	4,3	11,4	17,8	19,8	18,6	17,2
Femmine	3,6	8,4	14,8	12,2	12,4	12,2
Totale	4,0	10,1	16,1	15,1	14,2	13,9
Assenza di disabilità						
Maschi	1,2	1,2	2,5	5,1	6,2	2,3
Femmine	1,1	3,1	2,1	3,2	4,2	2,5
Totale	1,1	2,1	2,3	4,1	5,1	2,4

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Quello che emerge dall'analisi fin qui svolta circa lo stato di salute delle persone con disabilità è un quadro che evidenzia diversi aspetti di criticità e che denota un livello di salute fisica e mentale inferiore rispetto agli individui che non manifestano alcun deficit funzionale. A conferma di quanto rilevato su singoli aspetti si pone l'informazione statistica raccolta circa lo stato di salute percepito dalle persone di 6 anni e più affette da disabilità. Si ribadisce che, in questo caso, si analizza la percezione espressa dagli intervistati circa la propria situazione e di conseguenza il risultato risente maggiormente della soggettività di chi si esprime, del suo carattere e del suo modo di affrontare la disabilità (tavola 3.29).

Un primo aspetto che appare evidente è che tra gli individui con deficit funzionali all'aumentare dell'età peggiora la percezione del proprio stato di salute sia per i maschi che per le femmine. Il 50,9% dei soggetti disabili aventi tra 6 e 44 anni ritiene infatti di godere di un buono stato di salute. Tale percentuale scende al 14,4% per gli individui rientranti nella classe di età 45-64 anni e si riduce ulteriormente al 6,3% per gli ultrasessantacinquenni (tavola 3.29). A fronte di questa sostanziale riduzione circa la percezione di un buono stato di salute, vi è un incremento abbastanza rilevante circa la sensazione di un cattivo stato di salute che per le tre classi di età passa dal 27,5%, al 54,4%, al 58,1%. Per quanto riguarda infine lo stato di salute "neutro", ossia né bene, né

male la percentuale varia dal 21,5% (per la classe 6-44 anni) al 35,7% (per gli ultrasessantacinquenni).

Tavola 3.29 - Stato di salute percepito da persone di 6 anni e più per presenza di disabilità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) classificato per sesso e classe di età - Anno 2013.

Classi di età		Stato di salute percepito		
		In buona salute	Né bene, né male	In cattiva salute
Presenza di disabilità				
6-44 anni	Maschi	49,7	21,7	28,6
	Femmine	52,3	21,3	26,3
	Totale	50,9	21,5	27,5
45-64 anni	Maschi	16,7	28,3	55,0
	Femmine	12,6	33,4	54,0
	Totale	14,4	31,2	54,4
65 e più	Maschi	8,1	35,9	56,1
	Femmine	5,5	35,6	58,9
	Totale	6,3	35,7	58,1
<i>Totale</i>	<i>Maschi</i>	<i>15,2</i>	<i>32,8</i>	<i>52,0</i>
	<i>Femmine</i>	<i>9,0</i>	<i>34,5</i>	<i>56,4</i>
	<i>Totale</i>	<i>11,1</i>	<i>33,9</i>	<i>55,0</i>
Assenza di disabilità				
6-44 anni	Maschi	90,9	8,2	0,9
	Femmine	87,7	10,9	1,3
	Totale	89,3	9,5	1,1
45-64 anni	Maschi	69,7	26,2	4,2
	Femmine	62,1	32,7	5,2
	Totale	65,8	29,5	4,7
65 e più	Maschi	44,4	46,6	9,0
	Femmine	35,9	52,0	12,0
	Totale	39,8	49,5	10,6
<i>Totale</i>	<i>Maschi</i>	<i>76,2</i>	<i>20,5</i>	<i>3,3</i>
	<i>Femmine</i>	<i>69,4</i>	<i>25,9</i>	<i>4,7</i>
	<i>Totale</i>	<i>72,8</i>	<i>23,2</i>	<i>4,0</i>

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Coerentemente con le attese, lo stato di salute percepito dagli individui non colpiti da deficit funzionali è nettamente migliore pur risentendo dell'effetto dell'avanzamento dell'età e delle possibili complicazioni che questo può comportare a livello di disturbi fisici o psichici.

Dopo aver ricostruito il quadro socio-demografico delle persone con limitazioni funzionali in Italia alla data del 31 dicembre 2013, si procede nel proseguo del lavoro ad analizzare il supporto statistico offerto alle problematiche più sentite a livello nazionale legate all'integrazione scolastica e lavorativa e all'inclusione sociale delle persone prive di autonomia funzionale, per il raggiungimento delle quali si sono introdotte normative ad hoc e promosse politiche sociali specifiche che hanno consentito di ottenere alcuni risultati, seppur parziali.

QUARTO CAPITOLO

La qualità dei dati statistici per lo studio dell'integrazione scolastica, lavorativa e sociale

4.1 L'importanza di un'informazione di qualità

Prima di passare alla trattazione di aspetti specifici legati al mondo della scuola, del lavoro e alla vita sociale dei disabili, si intende riflettere in apertura su un tema che interessa in modo trasversale i diversi provvedimenti già approvati e che in futuro saranno introdotti a favore di tali soggetti e che suscita particolare attenzione anche a livello di centri di ricerca, l'Istat in particolare, attivi nelle indagini sul mondo della disabilità.

Nello specifico si vuole porre l'attenzione sull'importanza dell'avere a disposizione un'informazione pertinente, e di qualità, che sostenga ogni processo di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e dell'azione pubblica a favore di cittadini e imprese. Si tratta di un tema che tocca nel concreto diversi aspetti, che vanno dalla messa in comune ed integrazione di basi dati provenienti da enti diversi pubblici e privati, alla necessaria condivisione di definizioni e di metodologie, e alla realizzazione di infrastrutture tecnologiche in grado di gestire e rendere fruibile la grande mole di informazioni raccolte.

Accanto a questo aspetto di tutto rilievo emerge un'altra questione cruciale, ossia l'importanza della capacità di diffondere l'informazione, in modo da raggiungere tutti i soggetti (cittadini e imprese) che ne sono potenziali destinatari.

4.2 L'integrazione scolastica delle persone con limitazioni funzionali

Come evidenziato nel primo capitolo, a partire dagli anni Sessanta, si assiste in Italia, ad un graduale passaggio, a livello normativo, dal concetto di inserimento a quello di integrazione degli alunni con disabilità nella scuola statale.

A distanza di quasi quarant'anni dall'emanazione della legge n. 577 del 1977, che ha dato avvio al processo di integrazione dei ragazzi con limitazioni funzionali nelle scuole normali statali, l'evidenza concreta mostra come si siano raggiunti elevati livelli di inserimento misurati dal considerevole aumento degli iscritti con disabilità.

L'integrazione scolastica tuttavia è un concetto che va ben oltre il mero aumento del numero di iscritti nelle scuole.

“Lavorare per una scuola inclusiva, in grado di integrare le differenze, significa operare per migliorare la struttura educativa nel suo complesso”¹ e di conseguenza puntare ad una scuola di qualità. D'altro canto, le esperienze inclusive più significative si sviluppano solo in un contesto ricco di competenze, organizzazione, flessibilità, capacità di lavoro comune, aspetti che nel loro complesso sono espressione di una scuola di qualità.

Per poter misurare il livello di integrazione scolastica, quindi, occorre partire da indicatori che descrivano sia le risorse umane messe in campo, sia la presenza di strutture scolastiche adeguate; che siano in grado di fornire informazioni sui livelli di attuazione di tutte le procedure previste dal punto di vista amministrativo; che consentano di verificare sia il conseguimento degli obiettivi previsti all'inizio del percorso scolastico, sia la rispondenza degli interventi attuati ai bisogni dei singoli; infine che permettano di monitorare i costi.

Attualmente, invece, sono disponibili esclusivamente dati riguardanti la presenza di alunni con limitazioni funzionali nelle scuole statali e non, primarie e secondarie di primo grado. Non è possibile dunque un approfondimento sui bisogni educativi ed assistenziali della popolazione con disabilità in età scolastica.

¹ Cfr. Cottini Lucio, *Didattica speciale e integrazione scolastica*, Carocci editore, Roma, 2004.

L'Istat, dal canto suo, realizza con cadenza annuale un'indagine volta ad esaminare la situazione relativa allo stato di integrazione dei disabili nelle scuole primarie e secondarie di primo grado².

Ciò che emerge dal relativo rapporto annuale consente di definire con chiarezza lo stato di fatto e la tendenza in atto nel mondo della scuola e contribuisce ad identificare le variabili importanti da monitorare ancorché non disponibili per poter misurare con efficacia l'integrazione scolastica.

Gli elementi evidenziati nel report riguardano innanzitutto:

- la crescente presenza di alunni con disabilità nella scuola;
- gli alunni disabili non autonomi;
- la diffusione di disabilità intellettive e di disturbi dello sviluppo;
- la presenza di insegnanti di sostegno;
- il rapporto scuola-famiglia;
- le barriere architettoniche nei plessi scolastici;
- l'uso ridotto della tecnologia quale facilitatore per l'inclusione scolastica;
- la partecipazione alle gite di istruzione.

Di seguito si propongono gli aspetti peculiari evidenziati dal rapporto in esame al fine di formulare alcune considerazioni critiche relativamente al livello di integrazione scolastica dei soggetti disabili.

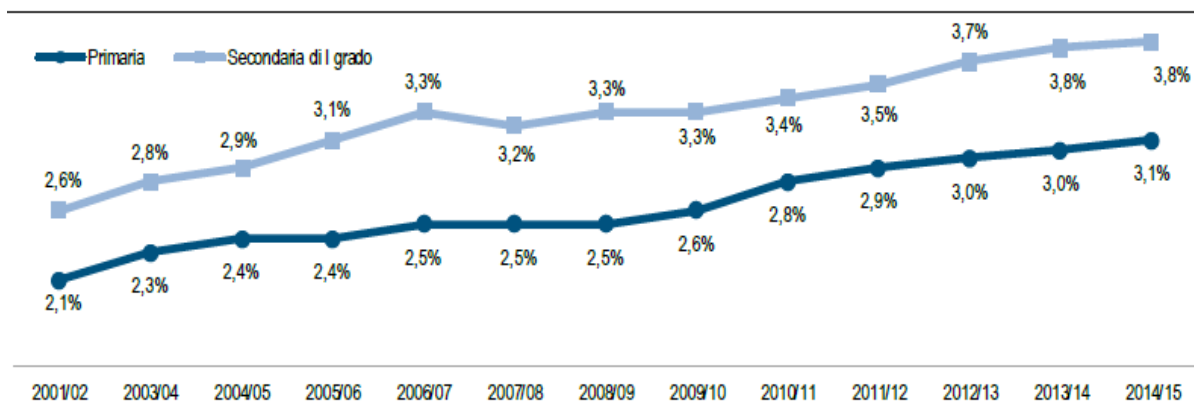
a) La crescente presenza di alunni con disabilità nella scuola

Relativamente al primo aspetto il rapporto relativo all'anno scolastico 2014-2015 stima in 86.985 unità (il 3,1% del totale) gli alunni con disabilità nella scuola primaria e 66.863 unità (pari al 3,8%) gli alunni disabili nella scuola secondaria di primo grado³. Come evidenziato nella figura 4.1 la presenza di alunni con disabilità funzionali che necessitano di un sostegno è in progressiva crescita a partire dall'anno scolastico 2001/2002.

² Cfr. ISTAT, Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>.

³ Cfr. ISTAT, Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>.

Figura 4.1 - Alunni con disabilità per ordine scolastico e anno scolastico (valori per 100 alunni)



Fonte: ISTAT, *Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado*, p. 1, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

Si tratta prevalentemente di maschi in entrambe gli ordini scolastici (66,7%) e l'età media di questi alunni, superiore a quella di coloro che non hanno disabilità per la prolungata permanenza nella scuola oltre l'età prevista, si attesta a 8,6 anni nella scuola primaria e a 12,5 nella scuola secondaria di primo grado.

L'aumento degli alunni con disabilità è ancor più rilevante se si considera la generale riduzione del numero totale degli alunni nell'ultimo decennio. Per poter cercare una spiegazione a questo fenomeno è utile considerare le diversa rilevanza delle tipologie di disabilità.

In relazione a quest'ultimo aspetto, sul numero complessivo di alunni con disabilità frequentanti le scuole, sia statali che non statali, di ogni ordine e grado, il 95,8% è portatore di disabilità psicofisica (tavola 4.1), di cui il 65,3% (152.551 alunni) presenta una disabilità intellettiva, il 3,5% (8.080 alunni) una disabilità motoria e il 27% (62.991 alunni) è portatore di altro tipo di disabilità (tale categoria comprende problemi psichiatrici precoci, disturbi specifici di apprendimento, qualora certificati in comorbilità con altri disturbi, e sindrome da deficit di attenzione e iperattività - Adhd). L'1,6% (3.638 unità) è portatore invece di una disabilità visiva e il 2,7% (6.217 alunni) di una disabilità uditiva.

Osservando la distribuzione per tipologia di disabilità nei vari ordini di scuola, si notano alcune significative differenze, soprattutto con riguardo agli alunni con disabilità intellettiva e agli alunni compresi nelle "altre disabilità". Gli alunni con disabilità

intellettiva rappresentano la maggioranza in ogni ordine e grado di scuola; raggiungono il 69,0% del totale nella scuola primaria e il 71,9% nella scuola secondaria di I grado; nella scuola dell'infanzia e soprattutto nella scuola secondaria di II grado si attestano su percentuali inferiori. Gli alunni con "altra disabilità", nella secondaria di II grado, rappresentano il 34,2% del totale degli alunni certificati, quota particolarmente elevata se confrontata alla quota degli alunni con "altra disabilità" frequentanti gli altri ordini di scuola.

Tavola 4.1 - Alunni con disabilità per tipologia di disabilità e ordine scuola - a.s.2014/2015

	Visiva	Uditiva	Psicofisica	di cui:		
				intellettiva	motoria	altro
Totale ordini di scuola	3.638	6.217	223.622	152.551	8.080	62.991
comp. %	1,6	2,7	95,8	65,3	3,5	27,0
Infanzia	431	867	21.021	12.149	1.524	7.348
comp. %	1,9	3,9	94,2	54,4	6,8	32,9
Primaria	1.193	2.065	83.008	59.527	2.637	20.844
comp. %	1,4	2,4	96,2	69,0	3,1	24,2
Sec. I grado	851	1.388	64.032	47.631	1.661	14.740
comp. %	1,3	2,1	96,6	71,9	2,5	22,2
Sec. II grado	1.163	1.897	55.561	33.244	2.258	20.059
comp. %	2,0	3,2	94,8	56,7	3,9	34,2

Nota: per la provincia di Bolzano non sono disponibili dati disaggregati per tipologia di disabilità

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole

Tra gli alunni con "altra disabilità" assumono un peso crescente, negli anni, coloro che presentano disturbi specifici dell'apprendimento⁴. Proprio per tale ragione il MIUR

⁴ I disturbi specifici di apprendimento (DSA) interessano alcune specifiche abilità dell'apprendimento scolastico, ovvero l'abilità di lettura (dislessia), di scrittura (disgrafia e disortografia a seconda che il disturbo interessi la grafia con riferimento ad aspetti grafico-formali, o l'ortografia con riferimento all'utilizzo, in fase di scrittura, del codice linguistico in quanto tale) e di fare calcoli (discalculia). I diversi disturbi possono coesistere in una stessa persona, in questo caso si parla di comorbilità; la comorbilità può essere presente anche tra i DSA e altri disturbi di sviluppo, con particolare riferimento a disturbi di linguaggio, disturbi di coordinazione motoria e disturbi dell'attenzione, e tra i DSA e i disturbi emotivi e del comportamento. Per gli alunni che presentano disturbi specifici di apprendimento, non accompagnati da disabilità, non è prevista la figura dell'insegnante di sostegno ma gli insegnanti di classe forniscono misure compensative e dispensative (legge 170/2010). Cfr. MIUR - Ufficio di Statistica, *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità – a.s.2014/2015* disponibile on line sul sito web http://www.istruzione.it/allegati/2015/L'integrazione_scolastica_degli_alunni_con_disabilit%C3%A0_as_2014_2015.pdf

ha introdotto nel suo annuale focus *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità* un approfondimento sugli alunni con disturbi specifici di apprendimento (DSA).

Il numero complessivo degli alunni con DSA frequentanti le scuole, sia statali che non statali, di ogni ordine e grado, è di 186.803 unità ed è pari al 2,1% del totale degli alunni. Essi sono maggiormente presenti nelle regioni del nord ovest in cui la percentuale sul totale dei frequentanti è prossima al 3,4%.

Il totale alunni con DSA non coincide con la somma degli alunni per tipologia di disturbo perché alcuni alunni potrebbero avere più tipologie di DSA; complessivamente nel territorio nazionale 108.844 alunni presentano disturbi di dislessia, 38.028 di disgrafia, 46.979 di disortografia e 41.819 di discalculia.

Nel corso degli ultimi anni le diagnosi di disturbo specifico di apprendimento, nelle sue varie forme, sono notevolmente aumentate; come si è detto, nell'a.s.2014/2015 si è registrata una percentuale di alunni con DSA sul totale degli alunni pari al 2,1%, mentre nell'a.s.2010/2011 tale percentuale era di appena lo 0,7%⁵.

In definitiva quindi l'aumento dei certificati DSA ha contribuito in misura rilevante alla crescita complessiva del numero degli alunni con disabilità nella scuola.

b) Gli alunni disabili non autonomi

Per poter prevedere adeguati percorsi inclusivi indubbiamente è fondamentale conoscere i livelli di autonomia e le difficoltà di apprendimento del singolo alunno. Per rispondere a questa esigenza l'indagine statistica sull'integrazione scolastica rileva il livello di autonomia nello svolgimento di alcune attività essenziali, quali lo spostarsi all'interno dell'edificio scolastico, il mangiare, l'andare in bagno da solo. Sulla base di tali attività sono stati selezionati due diversi collettivi: gli alunni non autonomi in almeno una delle attività indagate e gli alunni non autonomi in tutte e tre le attività oggetto d'indagine (tavola 4.2).

Nelle scuole primarie, il 21,2% degli alunni con disabilità è stimato non essere autonomo in almeno una delle attività indagate e il 7,4% non essere autonomo in tutte e

⁵ Cfr. MIUR - Ufficio di Statistica, *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità – a.s.2014/2015* p. 25-26, disponibile on line sul sito web http://www.istruzione.it/allegati/2015/L'integrazione_scolastica_degli_alunni_con_disabilit%C3%A0_as_2014_2015.pdf

tre le attività; nelle scuole superiori di primo grado le quote sono rispettivamente del 15,1% e del 5,7%.

Tavola 4.2 – Alunni con disabilità per livello di autonomia (valori percentuali)

	Scuola primaria	Scuola secondaria di primo grado
Non autonomo in almeno 1 delle attività	21,2	15,1
Non autonomo in tutte e tre le attività	7,4	5,7

Fonte: ISTAT, *Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado*, p. 3, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

Nelle scuole primarie, il 13,3% degli alunni con disabilità non è autonomo nello spostarsi all'interno dell'edificio scolastico, percentuale che scende all'11,6% nella scuola secondaria di I grado. Nella primaria si registrano anche le percentuali più elevate di alunni non autonomi nel mangiare (9,5% contro il 6,6% della secondaria di primo grado) e non autonomi nell'andare in bagno da soli (19,8% contro il 13,3%) (tavola 4.3).

Tavola 4.3 – Alunni con disabilità per tipologia di attività priva di autonomia ripartizione geografica e ordine scolastico (valori percentuali)

Ripartizione geografica	Non autonomo nello spostarsi	Non autonomo nell'andare in bagno	Non autonomo nel mangiare
<i>Scuola primaria</i>			
Nord	10,1	15,5	7,6
Centro	13,1	17,6	10,1
Mezzogiorno	17,4	26,5	11,5
Italia	13,3	19,8	9,5
<i>Scuola secondaria di I grado</i>			
Nord	8,9	9,9	5,8
Centro	12,2	13,6	6,6
Mezzogiorno	14,9	17,8	7,8
Italia	11,6	13,3	6,6

Fonte: ISTAT, *Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado*, p. 3, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

Dal punto di vista geografico la tavola 4.2 mostra come la maggior presenza di alunni con problemi di autonomia si collochi nel Mezzogiorno rispetto al resto d'Italia, mentre la quota più bassa si registra nelle regioni del Nord del Paese.

c) La diffusione di disabilità intellettive e di disturbi dello sviluppo

In continuità con quanto osservato negli anni precedenti, in tutto il territorio nazionale si rileva come tra le differenti tipologie di problemi possibili quella che si manifesta con maggiore frequenza è la disabilità intellettiva che riguarda in media il 41,9% degli alunni con disabilità nella scuola primaria e il 49,8% di quelli della secondaria di primo grado. Nella primaria seguono i disturbi dello sviluppo e del linguaggio, che riguardano rispettivamente il 26% e il 21,4% degli alunni con disabilità. Nella secondaria di primo grado, dopo la disabilità intellettiva, i problemi più frequenti sono legati ai disturbi dell'apprendimento e ai disturbi dello sviluppo che riguardano, rispettivamente, il 22,1% e il 21,1% degli alunni con disabilità.

La maggioranza di tali alunni dispone di una certificazione in base alla Legge n.104 del 1992. Nonostante tale certificazione sia normativamente necessaria per poter usufruire dei servizi di sostegno scolastico, il 4,6% degli alunni della scuola primaria e il 5,1% di quelli della secondaria di primo grado ne è privo. Occorre precisare comunque che l'insegnante di sostegno viene assegnato alla scuola e non al singolo alunno ed è la scuola che decide quali alunni possono avvalersi di questo supporto. Possono essere inseriti nella politica di sostegno scolastico anche gli alunni in attesa di certificato o con problematica borderline.

d) La presenza di insegnanti di sostegno

La figura dell'insegnante di sostegno è molto importante non solo per il percorso formativo dell'alunno con disabilità, ma anche per promuovere e favorire il processo d'inclusione scolastica. Si tratta, infatti, di quelle figure che si sono definite come personale formato in grado di contribuire al perseguimento dell'obiettivo di qualità dell'offerta scolastica.

Gli insegnanti di sostegno rilevati dal MIUR nell'anno 2014-2015 sono 79.462, 5.000 in più rispetto all'anno precedente. Il 66,8% degli insegnanti di sostegno della scuola primaria e il 69,6% di quelli della scuola secondaria di I grado svolgono l'attività a tempo pieno all'interno dello stesso plesso scolastico. Quest'ultimo aspetto è importante da sottolineare poiché consente alla scuola di garantire una maggiore flessibilità del supporto didattico fornito al singolo alunno.

Quanto invece al numero medio di alunni con disabilità per insegnante di sostegno, a livello nazionale si rileva un valore molto vicino a quello massimo previsto dalla Legge 244/2007⁶ (un insegnante di sostegno ogni due alunni con disabilità): ci sono 1,6 alunni con disabilità ogni insegnante di sostegno nella scuola primaria e 1,8 nella scuola secondaria di primo grado. A tale proposito, tuttavia, le differenze territoriali sono molto marcate: per entrambi gli ordini scolastici, infatti, la Provincia autonoma di Bolzano⁷ ha un numero maggiore di alunni per insegnante di sostegno (3,3 nella primaria, 5 alunni nella secondaria di primo grado). Il rapporto più basso si riscontra in Molise (1,2 per la primaria e 1,3 per la secondaria di primo grado) (figura 4.2).

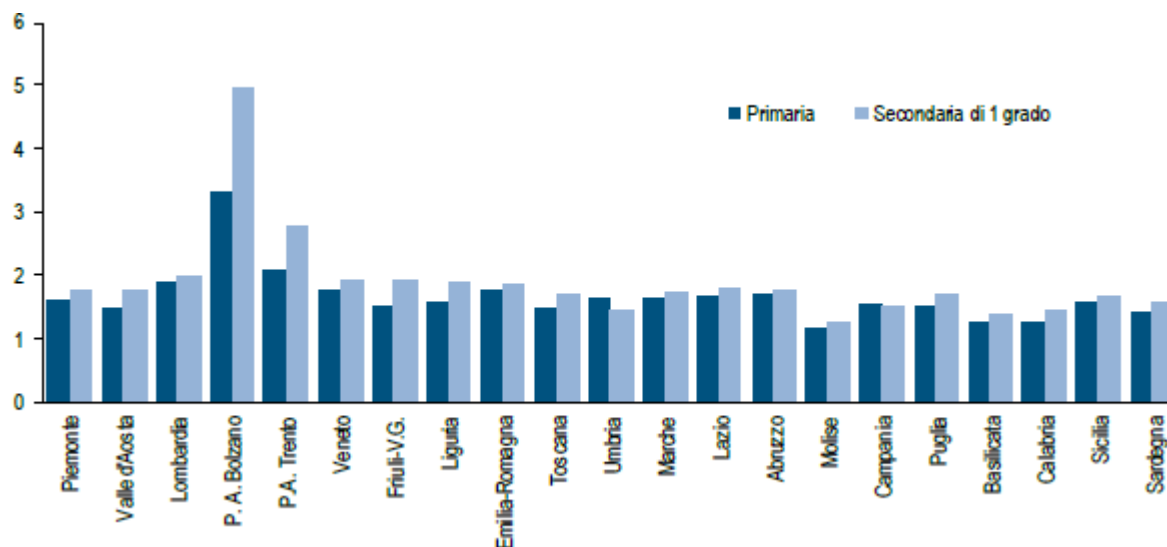
Gli insegnanti di sostegno, in entrambi gli ordini scolastici, svolgono prevalentemente con l'alunno attività di tipo didattico (per l'82% degli alunni con disabilità) anche se il 14% compie in via prioritaria attività di mediazione, intendendo con questa anche il contenimento di comportamenti problematici. È residuale invece la quota di insegnanti di sostegno che svolgono principalmente attività di tipo assistenziale (3% in entrambi gli ordini scolastici).

Quanto infine al numero di ore attribuite agli insegnanti di sostegno, l'indagine Istat rivela che quest'ultimo è maggiore nelle scuole del Mezzogiorno (15,4 ore medie settimanali nelle primarie e 12,6 nelle secondarie di I grado) e più basso nelle scuole del Nord (12,1 nelle primarie e 9,8 nelle secondarie di primo grado) e del Centro (rispettivamente 13,8 e 11).

⁶ A questo proposito si veda l'articolo 2, commi 413 e 414 della legge disponibile on line sul sito internet <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2007/12/28/007G0264/sg>.

⁷ L'elevato rapporto alunni con disabilità/docente di sostegno della P.A. di Bolzano è dovuto ad una diversa modalità di presa in carico dell'alunno con disabilità da parte della Provincia autonoma: nell'organico delle scuole sono assegnati alla classe, a causa del bilinguismo, più docenti curricolari e, in caso di alunno non autonomo, è prevista la figura dell'assistente *ad personam*.

Figura 4.2 - Numero medio di alunni con disabilità per insegnante di sostegno per regione ed ordine scolastico



Fonte: ISTAT, *Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado*, p. 6, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

Questa assegnazione delle ore di sostegno non sempre è ritenuta dalle famiglie idonea a soddisfare i bisogni di supporto dell'alunno. Nel corso degli anni, infatti, l'8,5% delle famiglie di alunni con disabilità della scuola primaria e il 6,8% di quelle nella scuola secondaria di primo grado hanno presentato ricorso al Tribunale civile o al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) per ottenere l'aumento delle ore. Per entrambi gli ordini scolastici nelle regioni del Mezzogiorno la quota di famiglie che hanno fatto ricorso è molto più alta di quella delle regioni del Nord (nella primaria rispettivamente 13,4% e 4,5%; nella secondaria di primo grado rispettivamente 10,2% e 4%).

Infine, oltre alla presenza di un insegnante di sostegno, per la realizzazione del progetto individuale previsto normativamente⁸, è importante che ci sia continuità nel rapporto docente di sostegno-alunno con disabilità, non solo nel corso dell'anno scolastico, ma anche per l'intero ciclo scolastico.

Dall'informazione statistica prodotta dall'Istat si osserva, invece, come questo non sempre avvenga: gli alunni con disabilità che hanno cambiato insegnante di

⁸ Per un approfondimento del Progetto Individuale per la persona con disabilità si veda l'art. 14 della Legge 328 del 2000 disponibile on line sul sito internet <http://www.handylex.org/stato/1081100.shtml>.

sostegno nel corso dell'anno scolastico sono il 14,7% nella scuola primaria e il 16,5% nella scuola secondaria di primo grado. Tali percentuali salgono al 41,9% nella primaria e al 36,5% nella secondaria se si considera il cambio di insegnante rispetto all'anno scolastico precedente.

Indubbiamente si tratta di dati che, oltre a riflettere le politiche d'azione poste in essere dalle scuole, risentono comunque del problema del precariato nel mondo dell'insegnamento scolastico.

Quest'ultimo aspetto affiancato a tutte le precedenti evidenziazioni circa i docenti di sostegno stanno ad indicare come l'auspicata qualità scolastica su cui fondare l'inclusione dei disabili non ha ancora raggiunto un effettivo e completo compimento. Indubbiamente si sono compiuti importanti passi avanti, ma l'informazione statistica mostra come ci sia ancora un percorso da compiere non solo a livello di singola scuola, ma anche a livello ministeriale per creare le condizioni per l'attuazione di politiche inclusive da parte delle diverse entità scolastiche.

e) Il rapporto scuola-famiglia

La normativa prevede la condivisione del progetto didattico ed educativo del singolo alunno con le famiglie degli studenti. Tale condivisione è importante perché la famiglia non solo fornisce informazioni preziose, ma garantisce la continuità fra educazione formale e percorso al di fuori dell'ambiente scolastico.

La maggior parte delle famiglie incontra gli insegnanti curricolari, al di fuori degli incontri del Gruppo di lavoro sull'Handicap (GLH)⁹ d'istituto, meno di una volta al mese (42,7% nella scuola primaria, 49,3% nella scuola secondaria di primo grado); circa un terzo delle famiglie (36,7% nella scuola primaria, 33% nella scuola secondaria di primo grado) ha un colloquio al mese. Nelle scuole primarie colloqui più frequenti tra familiari e insegnanti (più di una volta al mese) si registrano solo per il 15,7% delle famiglie mentre nelle scuole secondarie la percentuale scende all'11,2%. Infine molte

⁹ Il GLH di Istituto si deve riunire, in presenza delle famiglie, almeno una volta l'anno al fine di: 1) definire le linee della politica per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità dell'Istituto; 2) individuare gli indicatori di qualità dell'integrazione scolastica per gli alunni con disabilità da inserire nel POF della Scuola; 3) esprimersi in merito alla richiesta di ore di sostegno; 4) determinare i criteri di ripartizione ed eventuale adattamento delle esigenze della scuola dell'assegnazione di ore di sostegno agli alunni; 5) proporre azioni volte a favorire il successo del/i processo/i di integrazione.

famiglie non hanno colloqui con gli insegnanti curricolari oltre a quelli dei GLH: tale circostanza si verifica per il 4,6% delle famiglie nella scuola primaria e per il 6,3% di quelle nella scuola secondaria di primo grado (tavola 4.4).

Tavola 4.4 - Alunni con disabilità per frequenza di incontri (escluso il GLH) tra famiglia e insegnanti curricolari, ripartizione geografica e ordine scolastico (valori percentuali)

Ripartizione geografica	No, mai	Si, più volte al mese	Si, solo una volta al mese	Si, raramente	Non indicato	Totale
<i>Scuola primaria</i>						
Nord	3,7	10,3	34,9	50,7	0,4	100
Centro	8,0	15,9	31,4	44,5	0,2	100
Mezzogiorno	3,9	22,6	42,1	31,4	0,0	100
Italia	4,6	15,7	36,7	42,7	0,2	100
<i>Scuola secondaria di I grado</i>						
Nord	7,4	7,2	26,9	58,5	0,0	100
Centro	8,3	11,6	31,0	48,9	0,4	100
Mezzogiorno	3,6	16,5	42,6	37,1	0,2	100
Italia	6,3	11,2	33,0	49,3	0,2	100

Fonte: ISTAT, *Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado*, p. 10, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

Più frequenti sono invece i colloqui tra i familiari e l'insegnante di sostegno (tavola 4.5): in entrambi gli ordini scolastici circa il 25% delle famiglie li incontra più volte al mese. Permane una quota elevata di famiglie (38,3% nella primaria e 34,9% nella secondaria di primo grado) che hanno colloqui più sporadici. Inoltre il 4,3% delle famiglie di studenti della scuola primaria e il 3,6% di quelle della scuola secondaria di primo grado non ha un confronto con gli insegnanti di sostegno al di fuori dei GLH.

Nelle regioni del Mezzogiorno la collaborazione tra famiglie e insegnanti sia curricolari che di sostegno è più frequente rispetto alle altre aree del Paese. Questa tendenza riguarda sia la scuola primaria che quella secondaria di primo grado.

Tavola 4.5 - Alunni con disabilità per frequenza di incontri (escluso il GLH) tra famiglia e insegnanti di sostegno, ripartizione geografica e ordine scolastico (valori percentuali)

Ripartizione geografica	No, mai	Si, più volte al mese	Si, solo una volta al mese	Si, raramente	Non indicato	Totale
<i>Scuola primaria</i>						
Nord	3,1	18,7	31,6	46,1	0,4	100
Centro	7,8	20,0	30,2	41,9	0,2	100
Mezzogiorno	3,7	33,4	36,8	26,2	0,0	100
Italia	4,3	24,1	38,3	38,3	0,2	100
<i>Scuola secondaria di I grado</i>						
Nord	3,7	3,7	34,4	41,2	0,0	100
Centro	4,8	4,8	29,7	39,5	0,4	100
Mezzogiorno	2,8	2,8	40,1	23,8	0,2	100
Italia	3,6	25,9	35,5	34,9	0,2	100

Fonte: ISTAT, Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, p. 10, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

f) Le barriere architettoniche nei plessi scolastici

L'adeguamento alla normativa circa l'eliminazione delle barriere architettoniche nelle scuole¹⁰ non ha ancora trovato un pieno recepimento. La ripartizione geografica dove vi sono le maggiori lacune in tal senso è il Mezzogiorno che presenta la percentuale più bassa di scuole che hanno scale a norma (77,2% primarie e 86,6% secondarie) e servizi igienici a norma (72,4% primarie e il 77,3% secondarie di I grado); all'opposto il Nord ha la percentuale più elevata di scuole con scale a norma (86,7% nelle scuole primarie e 91,8% nelle secondarie) e con servizi igienici a norma (86,6% nelle primarie e 90,3% nelle secondarie).

In aggiunta, se si considera la presenza di segnali visivi, acustici e tattili per favorire la mobilità all'interno della scuola di alunni con disabilità sensoriali, oppure la presenza di percorsi interni ed esterni accessibili si può asserire che le scuole sono poco accessibili in tutto il territorio nazionale. Solo il 34,1% delle scuole primarie del Nord ha segnali visivi acustici e tattili; la percentuale è ancora più bassa nelle scuole del Mezzogiorno, 23,4%. Lo stesso differenziale territoriale permane nella scuola secondaria: il 35,9% delle scuole secondarie di primo grado del Nord e il 23,9% di

¹⁰ Per un approfondimento a questo proposito si veda il sito internet <http://www.disabili.com/mobilita-auto/speciali-mobilita-a-auto/barriere-architettoniche-e-disabilita/barrarch09-edilizia-pubblica>

quelle del Mezzogiorno sono fornite di segnali visivi acustici e tattili. I percorsi interni ed esterni accessibili sono invece presenti nel 48,3% di scuole primarie del Nord, contro il 37,1% di quelle del Mezzogiorno; stesso divario anche nelle scuole secondarie di primo grado, in cui le percentuali sono rispettivamente del 50,4 e 38,8%.

g) L'uso ridotto della tecnologia quale facilitatore per l'inclusione scolastica

La tecnologia può svolgere una funzione di “facilitatore” nel processo di inclusione scolastica dell'alunno con disabilità, soprattutto nel caso in cui una postazione informatica sia situata all'interno della classe in cui è presente l'alunno e nel caso in cui lo stesso abbia a disposizione degli ausili che facilitino lo svolgimento della didattica.

Nello specifico, l'indagine dell'Istat sull'integrazione scolastica 2014-2015 che si sta esaminando¹¹, ha misurato la presenza delle postazioni, la loro disponibilità quotidiana (presenza delle postazioni in classe), e il reale utilizzo della tecnologia nella didattica da parte dei docenti di sostegno.

Ciò che emerge è un quadro che rivela lo scarso ricorso alla tecnologia con l'intento di facilitare il processo di inclusione scolastica degli alunni con limitazioni funzionali.

Circa un quarto delle scuole oggetto dell'indagine non ha postazioni informatiche destinate alle persone con disabilità, con percentuali più elevate nel Mezzogiorno (28,4% delle primarie e 23,8% delle secondarie) e più basse nel Centro (23,6% delle primarie e 16,8% delle secondarie), mentre il Nord si attesta ai livelli medi nazionali (25,7% nella scuola primaria e 20,5 nella secondaria).

Le postazioni informatiche adatte adibite all'inclusione scolastica sono situate prevalentemente in laboratori dedicati (58,7% delle scuole primarie e 56,6% delle scuole secondarie di primo grado). Meno frequente è la presenza di postazioni informatiche adatte nelle classi di alunni con disabilità (39,3% nella primaria e 36,6% nella secondaria di primo grado) mentre la percentuale di scuole con postazioni informatiche adatte in aule specifiche per il sostegno è del 32,2% nelle primarie e 47,9% nelle secondarie di primo grado.

¹¹ Cfr. ISTAT, Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, p. 3, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

Sono invece il 6,5% le scuole primarie e il 4,4% le secondarie nelle quali nessun insegnante di sostegno utilizza la tecnologia nella didattica pur avendola a disposizione.

La questione relativa allo scarso impiego della tecnologia non è dipendente unicamente della disponibilità fisica della stessa nelle aule o in laboratori specifici, ma anche dal livello di competenza dell'insegnante di sostegno nell'utilizzo della stessa.

Ciò che emerge infatti dai dati statistici è che, su tutto il territorio nazionale, sono il 20,1% le scuole primarie e il 16,2% quelle secondarie di primo grado nelle quali nessun insegnante di sostegno ha frequentato corsi specifici in materia di tecnologie educative. In più di un quarto delle strutture, invece, tutto il personale di sostegno è formato con corsi specifici.

Per quanto riguarda gli strumenti didattici compensativi (tavola 4.6), si riscontra una forte eterogeneità nel loro impiego; gli ausili più utilizzati sono gli apparecchi informatici e multimediali per la personalizzazione della didattica (per esempio: pc, tablet, registratori, lettori cd/dvd, fotocamere), in uso per quasi il 47% degli alunni con sostegno.

Una quota importante, circa il 25% degli alunni, si avvale invece di software didattici per l'apprendimento, utilizzati in tutti i casi in cui ci sono difficoltà di questo genere, particolarmente frequenti nella popolazione scolastica con disabilità. Tuttavia, ancora il 35% degli alunni non si avvale di alcun ausilio didattico.

Tavola 4.6 - Ausili didattici messi a disposizione dalla scuola per ordine scolastico (valori 100 scuole della stessa regione)

Ausilio Didattico	Utilizzo nella Scuola Primaria	Utilizzo nella Scuola Secondaria di I grado	Totale
Nessun ausilio	36,1	33,3	34,9
Strumenti braille	0,5	0,6	0,5
Sintesi vocale	1,4	2,1	1,7
Video-ingranditori	1,5	1,7	1,5
Software didattico per apprendimento	24,7	25,0	24,6
Sistemi tecnologici per non udenti	1,1	0,1	1,1
Sistemi informatici facilitazione di testi	9,9	16,5	12,8
Personalizzazione della postazione	3,0	3,4	3,2
Sistemi tecnologici per la comunicazione	6,8	6,9	6,9
Apparecchi informatici/multimediali personalizzazione didattica	44,6	49,9	46,9
Altro ausilio	11,6	10,0	10,9

Fonte: ISTAT, *Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado*, p. 13, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>

Evidenti sono le potenzialità della tecnologia a supporto del processo di inclusione degli alunni con disabilità, tuttavia si è compreso come non vengano sfruttate in modo adeguato. Sarebbe importante capire al proposito quali sono le ragioni di questo ridotto sfruttamento: se esse dipendono dal costo di acquisto e di impiego delle stesse oppure se sono legate maggiormente a lacune formative del personale che svolge funzione di sostegno didattico.

È indubbio, comunque, che in un mondo qual è quello attuale, il mancato impiego delle tecnologie informatiche non solo rappresenta una perdita di opportunità nel senso dell'inclusione scolastica dei disabili, ma è segno di scarsa attenzione ad aspetti che possono concretamente contribuire a costruire quella scuola di qualità che tanto si cerca di realizzare.

h) La partecipazione alle gite di istruzione.

Il programma individualizzato¹², previsto normativamente, deve essere accompagnato, ai fini di una completa inclusione, da una condivisione del percorso didattico e da momenti di socializzazione con i compagni di scuola. Per questo motivo il processo di inclusione scolastica dovrebbe prevedere una completa partecipazione dell'alunno con disabilità a tutte le attività scolastiche, alle gite di istruzione e alle uscite didattiche brevi, anche se tale partecipazione può implicare una maggiore complessità organizzativa dell'evento (numero di accompagnatori, scelta di luoghi accessibili, ecc.).

Nei fatti, gli alunni con disabilità passano la maggior parte del loro tempo all'interno della classe - in media 24,4 ore settimanali nella scuola primaria e 22,6 nella secondaria - e svolgono attività didattica al di fuori della classe solo per un numero residuale di ore, in media 3,5 ore settimanali nella scuola primaria e 4,1 nella secondaria di primo grado.

Se l'alunno presenta problemi nello spostarsi, nel mangiare e nell'andare in bagno diminuisce drasticamente il numero di ore di didattica passate in classe, segno questo di una maggiore difficoltà di inclusione per gli alunni con problemi di autonomia.

È interessante sottolineare quale aspetto positivo, invece, la buona partecipazione degli alunni con disabilità a uscite didattiche brevi senza pernottamento organizzate

¹² Come previsto dalla Legge 104 del 1992 disponibile sul sito internet http://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2006/allegati/legge104_92.pdf.

dalla scuola. A tale proposito, infatti, gli alunni che non partecipano a questo tipo di attività rappresentano solo il 5,4% nella scuola primaria e l'8% nella secondaria di primo grado.

La partecipazione alle gite di istruzione con pernottamento, invece, è meno frequente. Una minore partecipazione si riscontra in particolare nella scuola secondaria di primo grado (non partecipano il 22,5% degli alunni con sostegno) mentre nella scuola primaria le quote sono simili a quelle osservate per le gite senza pernottamento (9,4% dei ragazzi che non partecipano).

Va segnalato tuttavia che nella maggior parte dei casi, in entrambi gli ordini scolastici, non sono stati indicati i motivi della mancata partecipazione (58% nella primaria e 42% nella secondaria di primo grado). Tra coloro che invece hanno fornito questo dato, spiccano i problemi legati alla disabilità (31,4% nella primaria e 35,5% nella secondaria) e i problemi economici (rispettivamente 7,8% e 9,2%).

In termini generali si tratta di una osservazione positiva ai fini del processo di inclusione scolastica e sulle basi di quanto sinora raggiunto è possibile costruire percorsi che nei limiti del possibile favoriscano una maggiore condivisione tra tutti gli alunni di una classe del percorso scolastico nel suo complesso. D'altro canto l'incontro con la disabilità e con le problematiche anche organizzative che talvolta essa comporta è un momento formativo e di crescita umana per tutti gli alunni.

4.3 Le persone con limitazioni funzionali e l'integrazione lavorativa

Come specificato nel primo capitolo del presente lavoro la normativa che regola attualmente l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità è la legge del 12 marzo 1999 n. 68 "Norme sul diritto al lavoro dei disabili"¹³. Essa rappresenta una profonda innovazione culturale nell'ambito dell'integrazione lavorativa, in quanto ha introdotto una disciplina ispirata al concetto di "collocamento mirato" consentendo di superare i limiti burocratici e assistenzialistici della precedente normativa (legge n. 482/68¹⁴).

Tale legge promuove e sostiene l'inserimento individualizzato nel mondo del lavoro delle persone con disabilità in base ad un'analisi delle capacità lavorative del

¹³ Cfr. sito internet <http://www.handylex.org/stato/1120399.shtml>.

¹⁴ Cfr. sito internet <http://www.handylex.org/stato/1020468.shtml>.

singolo soggetto, delle caratteristiche del posto di lavoro, incoraggiando un'attivazione di azioni positive di sostegno e prevedendo quindi la rimozione dei problemi ambientali e relazionali, che rendono difficile l'inserimento nell'attività lavorativa.

Per dare attuazione all'insieme delle azioni proprie della nuova logica dell'inserimento mirato è necessario porre in essere una fitta rete di relazioni tra tutti gli enti coinvolti (scuola, Asl, Comuni e Province, servizi di integrazione lavorativa, associazioni, cooperative, servizi per la formazione professionale, organizzazioni sindacali). A tal fine i servizi per l'impiego che operano a livello provinciale hanno istituito i *Comitati tecnici provinciali*. Si tratta di specifici e importanti servizi tecnici deputati alla realizzazione di progetti individualizzati di collocamento mirato basati sulla:

- valutazione delle capacità e potenzialità dei lavoratori;
- definizione degli strumenti atti all'inserimento lavorativo;
- predisposizione di un piano di sostegno e tutoraggio all'inserimento;
- controlli sul luogo di lavoro per valutare l'andamento dell'inserimento, stesura dei programmi di formazione e riqualificazione professionale dei lavoratori disabili.

Dopo questo breve richiamo riguardo i tratti principali della normativa vigente, si intende proporre alcuni dati per riflettere sulla reale efficacia delle disposizioni di legge sull'inserimento lavorativo.

Un primo ostacolo in questo senso è rappresentato dal fatto che sebbene siano molteplici le fonti di dati relative all'integrazione lavorativa delle persone con disabilità, sia a livello centrale sia a livello territoriale, queste non consentono di verificare in modo omogeneo né in ottica territoriale, né temporale, l'effettiva efficacia della normativa.

A livello centrale sono disponibili dati dell'*Istituto nazionale di statistica* relativi a diverse tipologie di indagini:

- la rilevazione sulle forze di lavoro, che per l'anno 2001 contempla un modulo ad hoc progettato con lo scopo di individuare le persone con disabilità presenti nella popolazione¹⁵;
- la rilevazione sulle cooperative sociali¹⁶ che fornisce alcune informazioni sulle cooperative dedite all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità;

¹⁵ Per un approfondimento si veda il sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/forze+di+lavoro>.

- la rilevazione sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari¹⁷ attraverso la quale è possibile investigare tra i diversi aspetti della vita delle persone con disabilità anche la loro condizione professionale;
- la rilevazione sull'integrazione sociale delle persone con disabilità¹⁸, compiuta nel 2011, che fornisce informazioni sul livello di integrazione sociale delle persone disabili nei diversi ambiti della vita (scuola, lavoro, rete di relazioni sociali, tempo libero, ecc.).

Sempre a livello centrale i monitoraggi che *l'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (Isfol)* conduce annualmente, sia sui Centri per l'impiego¹⁹ che sui servizi per l'impiego²⁰, rappresentano una ulteriore preziosa fonte informativa, rilevando caratteristiche relative sia all'utenza che ai servizi erogati.

A livello locale si trova, invece, una grande quantità di dati e d'informazioni che non sempre vengono completamente utilizzate, basti pensare ad esempio a tutte le informazioni contenute nella scheda anagrafica e professionale prevista dal decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza sociale del 30 maggio del 2001 che tutte le persone devono compilare per iscriversi al collocamento. Purtroppo, almeno per ora, fatta eccezione di alcune agenzie regionali per il lavoro o di qualche servizio per l'impiego, la maggior parte di queste informazioni sono inutilizzabili in quanto non informatizzate.

Per l'analisi in corso che rappresenta un approfondimento e un completamento di quanto accennato nel capitolo secondo, l'attenzione sarà focalizzata solo su alcuni dati provenienti dalle fonti Istat²¹ e Isfol²².

¹⁶ Per un approfondimento si veda il sito internet http://www.istat.it/it/files/2013/07/05-Scheda-Non-Profit_DEF.pdf.

¹⁷ Sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/7740> si può approfondire la conoscenza in materia.

¹⁸ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/56758>.

¹⁹ I Centri per l'impiego operano a livello provinciale secondo gli indirizzi dettati dalle Regioni. Hanno l'obiettivo di migliorare le possibilità di accesso dei disoccupati al mondo del lavoro e di assistere le imprese, favorendo l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro. I Centri per l'impiego offrono una serie di servizi destinati ai lavoratori e alle imprese.

²⁰ I servizi per l'impiego si rivolgono a lavoratori e imprese con l'obiettivo di favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Si occupano della prima accoglienza e dell'orientamento del lavoratore, al quale forniscono tutte le informazioni relative al mondo del lavoro, dalla normativa alle opportunità di impiego, ai percorsi formativi finalizzati all'inserimento o al reinserimento lavorativo.

²¹ A questo proposito si possono approfondire lo studio di molteplici aspetti inerenti la disabilità sul sito internet <http://www.disabilitaincifre.it>.

²² Cfr. sito internet <http://www.isfol.it>.

Accanto al numero delle persone con limitazione funzionale che risultano occupate (pari al 13,78% nel 2013) e a quelle che affermano di essere in cerca di occupazione (8,33% nello stesso anno), è importante valutare il funzionamento degli organismi che svolgono servizi diretti all'inserimento mirato delle persone con disabilità.

A questo proposito vengono presi in considerazione gli ultimi dati frutto di indagini dell'Isfol ripresi nella Presentazione del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali dal titolo *Sesta Relazione al Parlamento Italiano sullo Stato di attuazione della Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" Anni 2010-2011*²³.

a) *L'adeguatezza informativa dei centri di provinciali ai fini del collocamento mirato*

Il primo aspetto interessante da esaminare riguarda il numero di Province che hanno adottato nell'ambito dei Centri competenti un sistema informativo che raccolga dati su domanda e offerta di lavoro in materia di collocamento mirato (tavola 4.7).

Tavola 4.7 - Adozione da parte dei centri provinciali di un sistema informativo di raccolta dati su domanda e/o offerta di lavoro in materia di collocamento mirato. Anni 2010-2011

		Sistema informativo non adottato	Raccolta informazioni su domanda e offerta	Raccolta informazioni solo su domanda	Raccolta informazioni solo su offerta	Province non rispondenti
2010	Nord-Ovest	6	14	3	2	0
	Nord-Est	5	12	0	0	5
	Centro	7	14	1	0	0
	Sud	18	15	1	0	7
	Italia	36	55	5	2	12
2011	Nord-Ovest	7	15	2	0	1
	Nord-Est	7	14	0	0	1
	Centro	7	14	0	0	1
	Sud	15	4	2	2	18
	Italia	36	47	4	2	21

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol 2012

²³ Tale documento è disponibile on line sul sito internet https://www.cliclavoro.gov.it/Cittadini/Disabili/Documents/VI_Relazione_ParlamentoLegge68_99_2010_11.pdf.

Prima di procedere al commento delle evidenze deducibili dalla rilevazione preme sottolineare come nel biennio considerato un alto numero di province non abbia fornito i dati, in particolar modo per l'annualità 2011, dove le province non rispondenti sono state 21 e quasi esclusivamente concentrate nella ripartizione meridionale. Ne consegue che un confronto per anno, avendo a che fare con valori piuttosto contenuti, può essere fortemente influenzato dalla differenza nel numero dei rispondenti.

A questo riguardo è evidente il limite di questa informazione statistica che, non beneficiando dell'obbligatorietà della risposta, risente del fluttuante numero dei partecipanti che influenza, anzi impedisce un corretto confronto temporale dei dati.

Passando ora ad analizzare le risultanze per ogni singolo anno, sono 55 le province italiane (il 56% dei rispondenti) dotate nell'anno 2010 di un sistema informativo che raccoglie informazioni su domanda e offerta di lavoro nel mercato connesso al collocamento obbligatorio delle persone con disabilità. Altre 7 province, sempre nell'annualità 2010, dispongono di un sistema informativo che raccoglie informazioni solo per una delle due componenti, domanda o offerta, mentre le restanti 36 province (il 37% dei rispondenti), con concentrazione prevalente nel Sud Italia, non dispongono affatto di un sistema informativo sul collocamento delle persone con disabilità.

Per quanto concerne il 2011, le province italiane che dispongono di un sistema in grado

di raccogliere dati su domanda e offerta si attestano a 47. La riduzione in termini assoluti rispetto all'anno precedente è dovuto quasi esclusivamente, come detto in precedenza, al maggior numero di enti che non hanno partecipato all'indagine e che presumibilmente sono, in larga misura, tra il novero delle province con un sistema informativo in grado di permettere l'incontro tra domanda e offerta di lavoro.

b) Le persone con disabilità iscritte agli elenchi unici

Per poter beneficiare delle previsioni normative introdotte dalla legge 68/99 e dalle specifiche leggi regionali rivolte alle persone con disabilità è necessaria l'iscrizione agli elenchi tenuti dagli uffici competenti provinciali. Tali elenchi costituiscono quindi l'indicatore principale relativo alle persone con disabilità

disoccupate sulle quali intervenire con politiche attive volte all'inserimento lavorativo²⁴. Sebbene la legge 68/99 si rivolga espressamente alle persone con disabilità, permane in via transitoria il riconoscimento di una quota di riserva²⁵ assegnata alle categorie descritte all'art. 18 della stessa legge²⁶. La tavola 4.8 mostra il numero di cittadini iscritti agli elenchi unici distinguendoli per genere e per raggruppamento territoriale.

Le rilevazioni effettuate relativamente al 2010 e 2011 sul numero di iscritti con disabilità mostrano un incremento del volume di iscrizioni per il 2010 (743.623) rispetto al biennio precedente (rispettivamente +3 e +5% sul 2008 e 2009), ed una numerosità pari a poco meno di 650.000 per il 2011. Per questo ultimo anno, tuttavia, la maggiore numerosità delle Province non rispondenti suggerisce di evitare la realizzazione di un confronto longitudinale sul piano nazionale, soprattutto per la ripartizione meridionale, ove si concentra in via quasi esclusiva per il biennio l'insieme delle Province non rispondenti.

Tavola 4.8 - Persone con disabilità iscritte agli elenchi unici provinciali del collocamento obbligatorio (art. 8), per genere femminile e area geografica al 31 dicembre. Anni 2010-2011

		N° iscritti	% area	Femmine	% Femmine	Province non rispondenti
2010	Nord-Ovest	92.368	12,4	42.280	11,8	0
	Nord-Est	64.288	8,6	30.963	8,6	0
	Centro	166.326	22,4	88.331	24,6	0
	Sud e Isole	420.641	56,6	197.979	55,1	5
	Italia	743.623	100,0	359.553	100,0	5
2011	Nord-Ovest	95.050	14,8	43.305	14,1	1
	Nord-Est	64.519	10,0	30.807	10,0	0
	Centro	154.760	24,0	83.416	27,1	0
	Sud e Isole	329.700	51,2	150.614	48,9	16
	Italia	644.029	100,0	308.142	100,0	17

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol 2012

²⁴ Il DPR 10 ottobre 2000, n. 333 "Regolamento di esecuzione per l'attuazione della legge 12 marzo 1999, n.68" precisa, al c. 1 dell'art. 1, che "possono ottenere l'iscrizione negli elenchi del collocamento obbligatorio le persone disabili di cui all'articolo 1 della legge n.68 del 1999 che abbiano compiuto i quindici anni di età e che non abbiano raggiunto l'età pensionabile prevista dall'ordinamento, rispettivamente per il settore pubblico e per il settore privato".

²⁵ Quota di riserva sul numero dei dipendenti di datori di lavoro pubblici e privati che occupano più di cinquanta dipendenti, pari a un punto percentuale, e determinata secondo la disciplina di cui alla medesima Legge n. 68/99

²⁶ Orfani e coniugi superstiti di coloro che siano deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio, ovvero in conseguenza dell'aggravamento dell'invalidità riportata per tali cause, nonché i coniugi e i figli di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra, di servizio e di lavoro e i profughi italiani rimpatriati, il cui status è riconosciuto ai sensi della legge 26 dicembre 1981, n. 763 (Art. 18, legge 68/99).

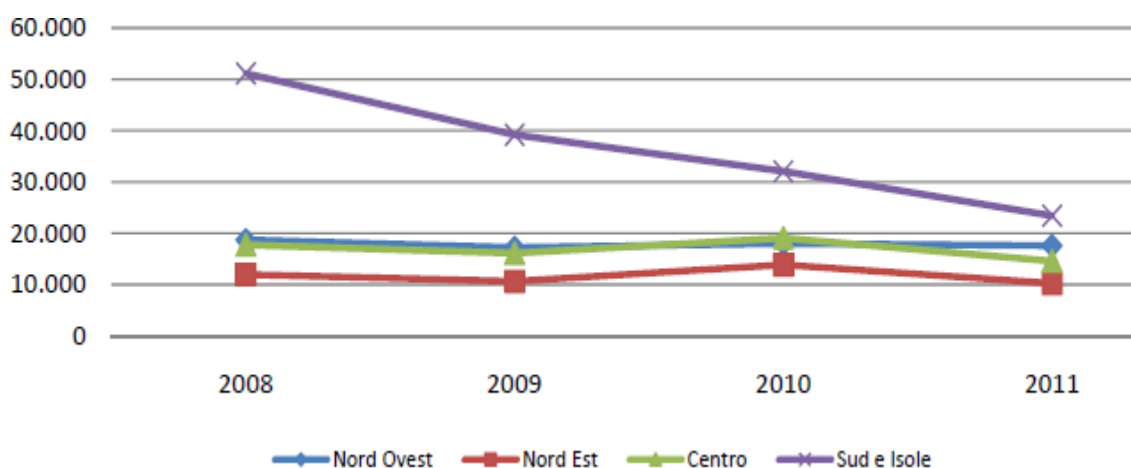
È comunque interessante sottolineare che per le tre Ripartizioni centro settentrionali, ove il confronto per anno può essere effettuato, si registra un incremento in termini di peso percentuale, ma una variazione in aumento per quel che concerne i valori assoluti del numero degli iscritti solo per il Nord Ovest tra il 2010 ed il 2011, a fronte di una riduzione di 12 mila unità nel Centro.

Le informazioni sulle dimensioni degli elenchi unici si arricchiscono ulteriormente con la rilevazione delle iscrizioni avvenute nel corso di ciascuno dei due anni di riferimento.

Nel complessivo, infatti, il numero di iscrizioni avvenute a livello nazionale nel 2010 è pari ad 83.000, mentre nel 2011 si attesta a 65.795 individui con una riduzione complessiva di circa 18.000 unità.

La figura 4.3 consente di apprezzare il trend relativo alle iscrizioni avvenute a livello di singole aree territoriali nei quattro anni considerati.

Figura 4.3 - Persone con disabilità iscritte agli elenchi unici provinciali del collocamento obbligatorio dall'1 gennaio al 31 dicembre, per area geografica. Anni 2008-2011 (val. assoluti)



Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol 2012

Dall'esame del grafico si nota in primo luogo il marcato differenziale (sia in termini assoluti che di tendenza) fra le iscrizioni occorse entro gli anni di riferimento nella ripartizione meridionale, a confronto con le altre tre. Per queste ultime si notano

peraltro andamenti simili, pur nella differenza dei rispettivi valori, che inducono comunque a considerare stabile la tendenza complessiva.

c) I datori di lavoro e la quota di riserva

Le quote di riserva sono modulate dall'art. 3 della legge n.68/99 secondo l'entità dimensionale del datore di lavoro. A tali quote va ad aggiungersi, almeno in via transitoria ed in attesa della riforma della materia, la quota spettante agli orfani, ai coniugi superstiti ed alle categorie equiparate, come individuate dall'art.18 comma 2 della legge. In sintesi, il datore di lavoro è tenuto all'assunzione di un lavoratore con disabilità, in presenza di un numero di dipendenti tra i 15 e i 35; all'assunzione di due lavoratori con disabilità, qualora abbia tra i 36 e i 50 dipendenti; il 7% degli addetti, in aziende con oltre 50 dipendenti. Per queste ultime si aggiunge, in via transitoria, l'1% degli addetti per i soggetti di cui all'art. 18 Legge 68/99.

I datori di lavoro privati ammontano a 68.218 nel 2010, di cui oltre 28 mila nella prima classe dimensionale (15-35 dipendenti) e 45.274 nell'anno successivo.

Le quote di riserva da essi derivanti assommano a 228.709 unità per il 2010 e a 143.532 per il 2011 (tavola 4.9). Tale numerosità è tuttavia significativamente inferiore a quanto dichiarato nel biennio 2008-2009.

Tavola 4.9 - Quota di riserva e posti disponibili al 31 dicembre nelle imprese private soggette ad obbligo di assunzione di soggetti con disabilità (art. 3, Legge 68/99). Classificazione per macro-area geografica. Anni 2010-2011 (v. ass e val. %)

		Quota di riserva	% area	Province non rispondenti	Posti disponibili	Province non rispondenti
2010	Nord-Ovest	112.347	49,1	2	29.275	2
	Nord-Est	48.940	21,4	4	11.488	5
	Centro	25.458	11,1	3	3.188	4
	Sud e Isole	41.964	18,3	10	4.424	10
	Italia	228.709	100,0	19	48.375	21
2011	Nord-Ovest	79.273	55,2	2	17.069	2
	Nord-Est	28.636	20,0	10	5.678	10
	Centro	9.349	6,5	6	2.429	6
	Sud e Isole	26.274	18,3	19	3.608	19
	Italia	143.532	100,0	37	28.784	37

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol. 2012

Dalla ripartizione per classi dimensionali di impresa emerge, inoltre, che il principale bacino di accoglienza risulta essere quello delle imprese con oltre 50 dipendenti.

La distribuzione geografica delle imprese private sottoposte ad obblighi di legge mette in evidenza che il 49% della quota di riserva nel 2010 e il 55% nel 2011 insiste sulla macro-area Nord Ovest, mentre le regioni del Centro Italia coprono l'11% del totale della quota nel primo anno ed il 6% nel secondo.

Per ciò che riguarda i posti disponibili, le imprese del Nord Ovest dichiarano una disponibilità di mansioni pari al 60% del totale nazionale nell'intero biennio.

Sul versante dei datori di lavoro pubblici, il numero dei soggetti obbligati ammonta a 4.073 nel 2010 e a 2.557 amministrazioni nel 2011. Il volume della quota di riserva è pari a 74.741 unità nel 2010 e 34.165 nel 2011.

La lettura dei dati sui datori pubblici per classe dimensionale mostra che le amministrazioni con oltre 50 dipendenti sviluppano oltre il 96% della quota di riserva e segnalano posti disponibili in una percentuale del 19% circa per entrambe le annualità.

La lettura per distretti geografici della quota di riserva delle pubbliche amministrazioni offre un quadro differente da quanto osservato sul versante delle imprese private.

La distribuzione dei datori di lavoro pubblici mostra che il Sud Italia e le Isole, nel 2010 con oltre 30 mila unità, dichiarano una quota di riserva pari al 41% del totale nazionale. Tale dato si riduce sensibilmente nell'anno successivo. Tuttavia, spostando l'attenzione sui dati relativi ai posti disponibili, è possibile riscontrare come le amministrazioni presenti nelle regioni settentrionali denunciino oltre il 61% complessivo delle disponibilità presenti nel Paese.

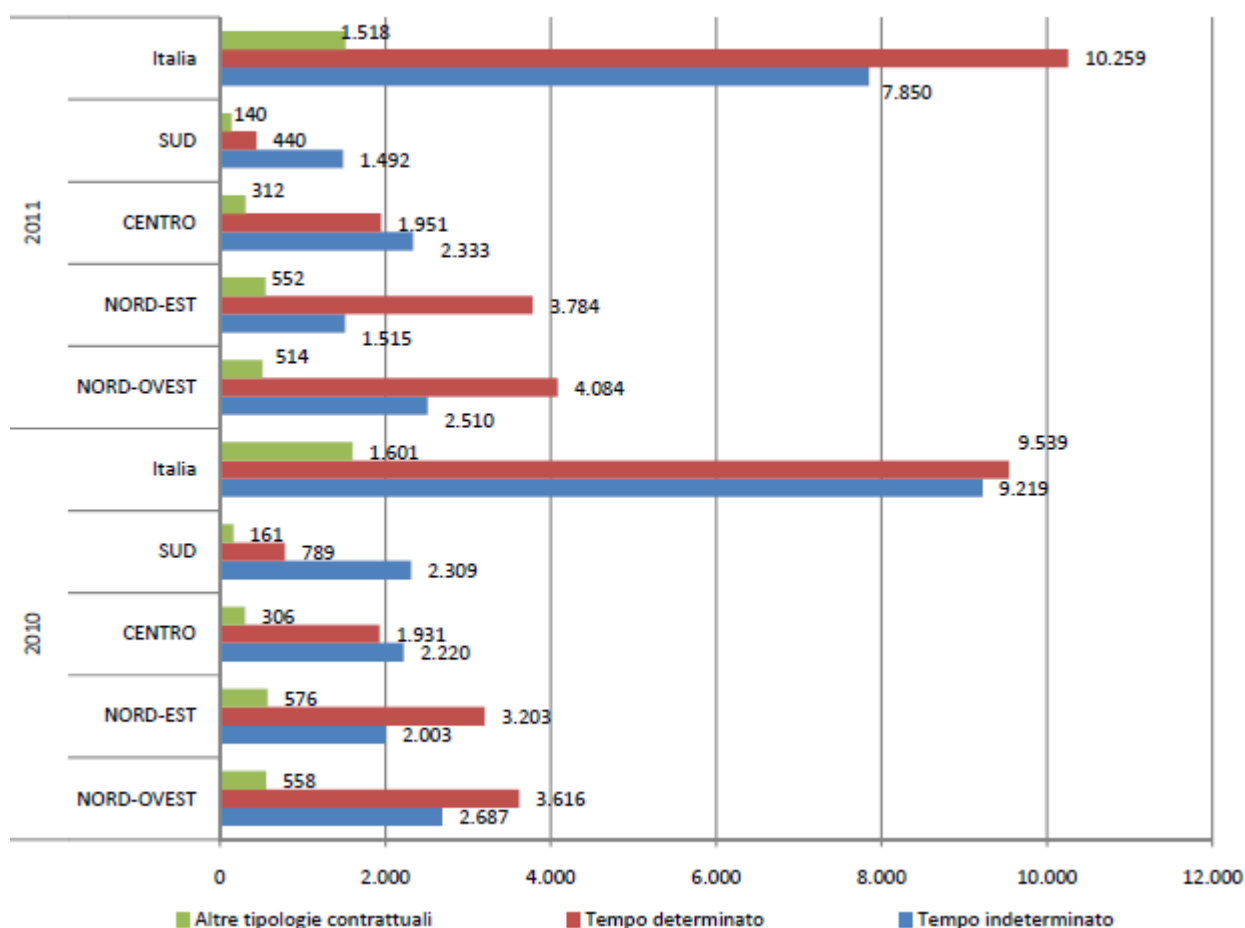
d) Lavoratori con disabilità e tipologie contrattuali

Le tipologie contrattuali utilizzate per l'assunzione dei lavoratori con disabilità sono sostanzialmente le seguenti: a tempo indeterminato e a tempo indeterminato *part-time*; a tempo determinato *full-time* e *part-time*; contratti di inserimento, di apprendistato ed eventuali altre tipologie (figura 4.4).

Le assunzioni registrate nel biennio assommano complessivamente a 20.359 nel 2010 e 19.627 nel 2011. Il rapporto fra posizioni a tempo indeterminato e determinato, tra il 2010 e il 2011, si ribalta a favore di queste ultime, mentre su un terzo versante rimane sostanzialmente stabile la quota relativa alle altre tipologie.

In entrambe le annualità la prevalenza in termini assoluti dei rapporti di lavoro a tempo determinato è netta nelle ripartizioni settentrionali, mentre al Centro e nel Sud continuano a prevalere gli avviamenti a tempo indeterminato. La quota delle altre tipologie segue in pratica lo stesso andamento al livello proporzionalmente inferiore.

Figura 4.4 - Assunzioni persone con disabilità durante gli anni 2010 e 2011, per tipologia contrattuale di inserimento. Per area geografica (v. ass.)



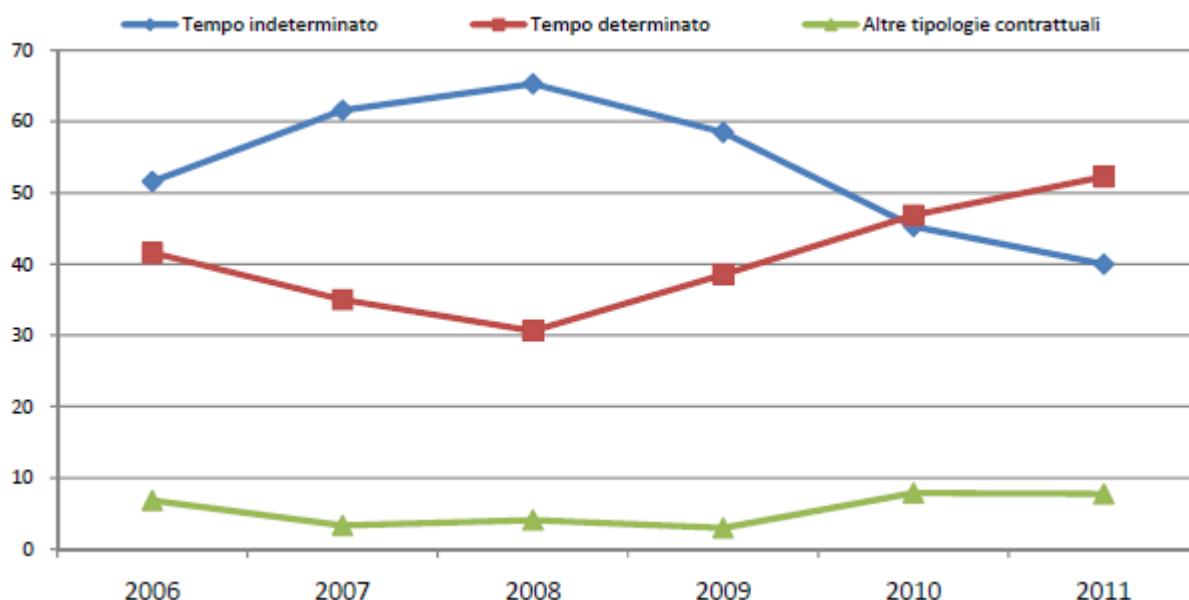
Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol. 2012

A partire dal 2006 i rapporti di lavoro a tempo indeterminato sono passati dal 51,6% del totale all'attuale 40%, mentre quelle a tempo determinato hanno seguito un

andamento speculare, passando dal 41,6% al 52,3% (figura 4.5). Nello stesso periodo di tempo la variazione nell'insieme delle altre tipologie è stata invece minima (meno di 1 punto percentuale in più).

L'analisi della serie storica evidenzia ancora una volta il punto di svolta posto nel 2008 in concomitanza dell'inizio della crisi economica. Da quel momento la crescita degli avviamenti a tempo determinato (incluso part-time) accompagna il declino tendenziale della modalità a tempo indeterminato (anche in questo caso comprensiva dei contratti part-time), insieme ad una relativa ripresa delle altre tipologie (fra le quali il contratto di inserimento e l'apprendistato).

Figura 4.5 - Assunzioni persone con disabilità durante l'anno. Distribuzione per tipologia contrattuale di inserimento. Anni 2006-2011 (val. %)



Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Elaborazioni Isfol. 2012

Dopo questo breve approfondimento si ritiene innegabile che la realizzazione personale passi anche attraverso l'inserimento lavorativo e quest'ultimo diventa condizione fondamentale per una piena integrazione sociale.

Per le persone con disabilità, laddove le condizioni psicofisiche individuali lo consentano, questa integrazione è legata sia alla storia individuale, alla motivazione e al contesto familiare, sia all'esistenza e all'efficacia di servizi destinati ad incentivare un

inserimento lavorativo che può presentare varie difficoltà. È necessario quindi conoscere sia lo stato dell'arte di questa tappa dell'integrazione sociale che avere un quadro dei servizi esistenti ed operanti sul territorio.

Nonostante in Italia ci si stia confrontando con una legislazione all'avanguardia, l'analisi dei dati utilizzati evidenzia un minore inserimento delle persone con disabilità nel mondo del lavoro rispetto a coloro che non presentano alcun tipo di disabilità in tutte le fasce di età.

Fra le persone con disabilità iscritte alle liste di collocamento sono pochi gli avviamenti al lavoro legati alla legge 68/99 e spesso basati su forme contrattuali poco stabili. Indubbiamente la crisi economica e occupazionale, che ha investito e investe il Paese, assume un peso rilevante in tutto ciò colpendo anche i lavoratori disabili.

Nella relazione al Parlamento, più volte richiamata in questo paragrafo, si spiega che a causa della crisi aumentano le aziende che chiedono l'esonero o la sospensione temporanea dall'obbligo di assunzione, ma tra pubblico e privato vi è ancora una buona percentuale di posti che risultano scoperti.

Nel 2013, ogni 4 nuovi disabili che si iscrivono alla lista del collocamento obbligatorio (e si aggiungono ai tanti in attesa da tempo) solo uno trova effettivamente lavoro: in termini percentuali, in un anno viene avviato il 26,9% dei nuovi iscritti. Tuttavia se il termine di paragone è il totale degli iscritti, il risultato diventa molto più difficile da sostenere. Si riesce a realizzare, infatti, un solo avviamento ogni 36 iscritti al collocamento.

In sintesi, dunque, la normativa ha previsto importanti strumenti a supporto dell'inserimento lavorativo, tuttavia la situazione generalizzata di crisi ha imposto un significativo rallentamento ai risultati positivi in corso di conseguimento.

4.4 L'inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali: cultura, società e tempo libero

L'analisi del livello di integrazione sociale delle persone con disabilità è misurabile statisticamente ricorrendo agli indicatori di partecipazione culturale e sociale, al grado di soddisfazione dei soggetti disabili per alcuni aspetti della vita

quotidiana, alle attività svolte nel tempo libero e al rapporto con le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

A livello centrale l'Istat, attraverso l'indagine annuale sugli "Aspetti della vita quotidiana"²⁷, raccoglie informazioni che consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno.

Un primo elemento da considerare in questo ambito riguarda il livello di soddisfazione espresso dagli individui disabili circa le relazioni familiari, amicali e la propria occupazione del tempo libero (tavola 4.10).

Tavola 4.10 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e livello di soddisfazione (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.

LIVELLO DI SODDISFAZIONE	Sesso						Totale		
	Maschi			Femmine					
	Relazioni familiari	Relazioni Amicali	Tempo libero	Relazioni familiari	Relazioni Amicali	Tempo libero	Relazioni familiari	Relazioni Amicali	Tempo libero
Presenza di disabilità									
Molto soddisfatto	31,1	18,0	15,1	30,6	16,9	11,7	30,8	17,4	10,4
Abbastanza soddisfatto	55,6	55,6	51,6	56,4	51,9	46,6	56,1	53,5	44,8
Poco soddisfatto	9,6	18	25,9	9,1	21,2	28,5	9,3	19,8	29,5
Per niente soddisfatto	2,3	7,0	5,0	2,9	8,8	11,6	2,6	8,0	13,8
Non indicato	1,4	1,4	2,3	1,0	1,2	1,6	1,2	1,3	1,5
Assenza di disabilità									
Molto soddisfatto	34,1	25,9	13,2	34,2	25,1	9,5	34,1	25,5	14,1
Abbastanza soddisfatto	57,2	60,3	50,7	56,8	58,6	43,5	57,0	59,4	51,1
Poco soddisfatto	5,3	9,9	27,3	5,7	11,5	30,3	5,5	10,7	26,6
Per niente soddisfatto	1,1	1,7	6,5	1,2	2,6	15,4	1,2	2,1	5,8
Non indicato	2,3	2,2	2,3	2,2	2,2	1,4	2,2	2,2	2,3

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

²⁷ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/91926>.

Innanzitutto si nota come la presenza o l'assenza di disfunzioni funzionali o psicologiche, nonché la distinzione in base al sesso, non determina una sostanziale differente percezione del livello di soddisfazione per i tre ambiti poc' anzi indicati.

Le relazioni che generano maggiore soddisfazione complessiva sono quelle familiari per le quali l'86,7% dei maschi disabili e l'87,0% delle femmine disabili si rileva abbastanza/molto soddisfatto. Tra gli individui senza limitazioni funzionali tale percentuale si alza al 91,3% per i maschi e al 91,0% per le femmine.

Sempre elevata, ma più bassa della precedente, è la soddisfazione espressa per le relazioni amicali. Per queste ultime il 73,6% dei maschi disabili e il 68,8% delle femmine con disabilità afferma di essere abbastanza/molto soddisfatto. Anche in questo ambito la soddisfazione tra le persone senza disabilità è superiore e si attesta all'86,1% per i maschi e all'83,7% per le femmine.

Infine, all'ultimo gradino nella scala della soddisfazione si pone la gestione del tempo libero per la quale si ritengono più appagati i soggetti disabili rispetto a quelli senza limitazioni funzionali. Il 66,7% dei maschi disabili e il 58,3% delle femmine disabili, infatti, si dicono abbastanza/molto soddisfatte del proprio tempo libero, mentre tra i soggetti non disabili, tali percentuali scendono al 63,9% dei maschi e il 53,0% delle femmine.

Un secondo elemento da considerare, in approfondimento a quanto appena rilevato, riguarda le attività svolte dai soggetti con disabilità nel tempo libero.

Dalla tavola 4.11 emerge un sostanziale allineamento tra la posizione dei soggetti disabili e quella degli individui senza limitazioni funzionali per quanto riguarda l'uso della TV, l'ascolto della radio, l'interesse per l'aggiornamento sulla politica italiana, la fruizione di spettacoli e la lettura di quotidiani.

Diversa è invece la situazione per quanto riguarda l'uso del PC e di internet al quale ricorrono maggiormente le persone senza alcuna limitazioni funzionali rispetto a quelle disabili soprattutto per quanto riguarda gli over 65.

Per quanto riguarda lo svolgimento dell'attività sportiva, si registra la maggiore divergenza di valori tra individui disabili e non disabili. Secondo i dati, questi ultimi praticano più attività sportiva in tutte le fasce di età.

Sono peraltro evidenti su questo punto i limiti che possono incontrare i disabili indipendentemente dalla loro volontà.

Tavola 4.11 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e attività svolte nel tempo libero (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.

ATTIVITA' NEL TEMPO LIBERO	Classi di età									Totale		
	14-44 anni			45-64 anni			65 anni e più					
	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato
Presenza di disabilità												
Aggiornamento sulla politica italiana	78,5	20,4	1,1	76,4	22,5	1,1	57,1	42,1	0,8	66,2	32,8	1,0
Ascolto della Radio	71,2	27,1	1,7	58,7	39,3	2,0	32,6	66,1	1,4	46,4	52,0	1,6
Fruizione di spettacoli	21,6	74,9	3,4	11,1	85,0	3,8	4,8	92,9	2,3	18,7	76,6	4,8
Lettura quotidiani	55,3	44,2	0,5	56,9	42,2	0,9	41,4	58,3	0,3	48,2	51,2	0,5
Attività sportiva	42,4	57,6	0,0	21,6	78,4	0,0	11,3	88,7	0,0	15,2	84,8	0,0
Uso del PC	74,4	18,9	6,7	47,2	47,4	5,4	7,8	89,4	2,8	29,9	65,9	4,2
Uso della TV	94,5	4,9	0,7	92,4	6,2	1,4	94,5	4,9	0,7	93,0	6,0	1,0
Uso di Internet	76,0	19,0	5,0	46,9	48,4	4,8	7,3	90,4	2,3	29,9	66,7	3,5
Assenza di disabilità												
Aggiornamento sulla politica italiana	72,2	25,6	2,1	77,6	20,6	1,8	68,1	29,8	2,0	73,4	24,6	2,0
Ascolto della radio	71,3	26,1	2,7	62,1	35,3	2,6	40,9	56,2	2,9	63,2	34,1	2,7
Fruizione di spettacoli	24,7	70,5	4,8	13,9	81,2	4,8	8,2	87,4	4,4	9,4	87,7	3,0
Lettura quotidiani	52,3	46,1	1,6	60,6	37,8	1,6	57,0	41,4	1,6	55,9	42,5	1,6
Attività sportiva	63,3	36,7	0,0	53,8	46,2	0,0	47,7	52,3	0,0	57,5	42,5	0,0
Uso del PC	77,6	17,2	5,2	54,7	40,3	5,0	16,0	79,1	4,8	59,8	35,1	5,1
Uso della TV	95,0	2,8	2,2	92,7	5,3	2,1	95,0	2,8	2,2	91,6	6,2	2,2
Uso di Internet	78,5	16,2	5,3	54,4	40,8	4,8	15,6	80,8	3,7	60,0	35,1	4,9

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Questa rilettura delle attività svolte nel tempo libero dagli individui con deficit funzionali porta con sé una riflessione di carattere generale per quanto attiene lo sviluppo di relazioni nel tempo libero.

Le attività che sono state segnalate come preferite implicano lo svolgimento delle stesse in solitudine o tutt'al più in iterazione con un dispositivo elettronico, sia esso la tv, il pc e, mediante quest'ultimo, Internet.

L'attività sportiva, magari svolta in forme specificamente dedicate ai soggetti disabili, e la fruizione di spettacoli che consentirebbero lo sviluppo di relazione con altre persone sono scarsamente praticate e non riscuotono particolare interesse da parte dai soggetti disabili. Questo potrebbe essere un elemento di spiegazione della minore soddisfazione rilevata nell'esame della tavola 4.10 riguardo la gestione del tempo libero.

Un terzo aspetto da considerare nella valutazione dell'integrazione socio-culturale dei disabili riguarda più direttamente la loro partecipazione ad attività sociali e culturali del territorio. Osservando la tavola 4.12 si può notare come i valori associati alle diverse attività che spiegano l'impegno sociale sono del tutto allineati rispetto a quelli dei soggetti non disabili sia per i maschi che per le femmine.

Tavola 4.12 - Persone per presenza di disabilità e partecipazione sociale (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.

PARTECIPAZIONE SOCIALE	Sesso						Totale		
	Maschi			Femmine			Si	No, mai	Non indicato
	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato			
Presenza di disabilità									
Partecipazione ad almeno una attività sociale	15,9	84,1	0,0	11,0	89,0	0,0	13,1	86,9	0,0
Partecipazione in associazioni di volontariato	9,8	88,2	2,0	7,2	91,1	1,6	8,3	89,9	1,8
Donazione soldi ad associazioni	15,5	82,5	2,0	12,6	85,7	1,7	13,9	84,3	1,8
Riunione in associazioni culturali o di altro tipo	9,5	88,4	2,1	6,0	91,9	2,0	7,5	90,4	2,1
Riunione in associazioni di pace o altro	1,7	96,0	2,3	1,6	96,3	2,2	1,6	96,2	2,2
Assenza di disabilità									
Partecipazione ad almeno una attività sociale	16,2	83,8	0,0	14,0	86,0	0,0	15,1	84,9	0,0
Partecipazione in associazioni di volontariato	10,1	87,5	2,4	9,5	88,3	2,3	9,8	87,9	2,3
Donazione soldi ad associazioni	12,9	84,6	2,4	12,2	85,4	2,4	12,6	85,0	2,4
Riunione in associazioni culturali o di altro tipo	9,6	87,1	3,2	7,2	89,7	3,1	8,4	88,4	3,2
Riunione in associazioni di pace o altro	1,5	95,2	3,4	1,5	95,3	3,1	1,5	93,3	3,3

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Anche per quanto riguarda i dati relativi alla frequenza della pratica religiosa (tavola 4.13) si rileva un sostanziale allineamento tra disabili e individui senza limitazioni funzionali. I valori risultano crescenti con l'avanzare dell'età per entrambe i gruppi di individui.

In termini generali, quindi, quelli proposti a livello statistico come elementi in grado di descrivere e spiegare il livello di integrazione sociale, mostrano un buon allineamento tra disabili e non con riferimento alle attività svolte nel tempo libero.

Tavola 4.13 - Persone per presenza di disabilità e frequenza della pratica religiosa (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.

FREQUENZA PRATICA RELIGIOSA	Classi di età			Totale
	18-44 anni	45-64 anni	65 anni e più	
Presenza di disabilità				
Sì, una o più volte a settimana, compreso tutti i giorni	20,9	28,6	40,0	33,6
Sì, qualche volta a settimana	52,5	51,3	36,5	43,5
No, mai	26,2	19,0	22,8	22,2
Non indicato	0,4	1,1	0,7	0,8
Assenza di disabilità				
Sì, una o più volte a settimana, compreso tutti i giorni	20,0	27,8	44,4	26,6
Sì, qualche volta a settimana	51,1	51,0	37,9	48,9
No, mai	26,7	19,0	15,1	22,2
Non indicato	2,3	2,2	2,6	2,3

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Per riflettere sull'integrazione sociale dei disabili sembra utile considerare anche il rapporto di questi ultimi con i servizi pubblici, ossia quali servizi usano e in che misura (tavola 4.14).

Tra i servizi cosiddetti di sportello si rileva un generale allineamento dei valori tra soggetti disabili e individui senza limitazioni funzionali per quanto attiene il ricorso a uffici postali, bancari e comunali, sia per i maschi che per le femmine.

Diversa è la situazione relativamente al ricorso alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) per le quali, come si può ben capire, è maggiore il ricorso da parte dei soggetti disabili maschi (60,4%) rispetto ai non disabili (35,5%). Per le femmine tale divario è

meno accentuato in quanto si rileva un valore del 60,3% per le donne disabili a fronte di un 46,0% per le donne senza limitazioni funzionali.

Tavola 4.14 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e uso di servizi (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso - Anno 2013.

USO DI SERVIZI	Sesso						Totale		
	Maschi			Femmine					
	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato
Presenza di disabilità									
Ricorso uffici comunali	34,1	65,2	0,7	34,1	65,2	0,7	36,1	63,1	0,8
Ricorso uffici postali	69,2	29,8	1,1	58,5	40,6	1,0	63,1	35,9	1,0
Ricorso ASL	60,4	38,4	1,2	60,3	38,7	1,0	60,3	38,6	1,1
Ricorso Banca	55,4	43,4	1,1	39,4	59,5	1,0	46,3	52,6	1,1
Assenza di disabilità									
Ricorso uffici comunali	39,0	59,2	1,9	39,0	59,2	1,9	39,0	59,0	1,9
Ricorso uffici postali	65,7	32,3	2,0	66,0	32,2	1,9	65,8	32,2	1,9
Ricorso ASL	35,5	62,5	2,0	46,0	52,1	1,9	40,7	57,3	2,0
Ricorso Banca	60,0	38,0	2,0	49,1	48,9	2,0	54,5	43,5	2,0

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Tra i servizi che implicano una interazione con terminali automatizzati vi sono poi da considerare il possesso e l'utilizzo di bancomat e carta di credito (tavola 4.15).

Come appare dai dati risulta una maggiore diffusione del bancomat rispetto alla carta di credito per tutte le classi di età sia tra i soggetti disabili che tra coloro che non presentano disabilità.

Si rileva inoltre come tra i soggetti disabili anziani (over 65) vi sia una contrazione maggiore nell'utilizzo di questi strumenti finanziari rispetto a quanto accade per gli individui non disabili²⁸.

²⁸ Per i disabili si registra una riduzione di -27,8% per il bancomat e -20,5% per la carta di credito rispetto alla classe di età 44-65 anni, mentre per gli individui senza disabilità la contrazione è del -22,3% per il bancomat e -17,5% per le carte di credito.

Tavola 4.15 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità uso di servizi finanziari (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classe di età - Anno 2013.

ATTIVITA' NEL TEMPO LIBERO	Classi di età									Totale		
	14-44 anni			45-64 anni			65 anni e più					
	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato	Si	No, mai	Non indicato
Presenza di disabilità												
Possesso di bancomat	59,4	38,7	1,9	59,2	39,2	1,6	31,4	67,2	1,4	54,2	44,3	1,5
Possesso di carta di credito	25,6	70,7	3,7	30,2	66,8	3	9,7	86,8	3,6	78,2	18,4	3,4
Assenza di disabilità												
Possesso di bancomat	54,9	42,5	2,6	66,1	31,7	2,2	43,8	53,8	2,4	40,7	56,8	2,4
Possesso di carta di credito	26,2	69,6	4,1	37,0	59,9	3,0	19,5	76,4	4,1	67,5	28,7	3,8

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

Da ultimo si prendono in considerazione i servizi di trasporto al fine di comprendere come avviene lo spostamento dei soggetti non pienamente autonomi nell'ambito del territorio locale o extraurbano (tavola 4.16).

Il principale mezzo di trasporto sia per i soggetti disabili che per coloro che non hanno limitazioni funzionali è rappresentato dall'automobile utilizzata come conducente.

A questo proposito si rileva un valore superiore all'80% per tutti i maschi senza disabilità e per i disabili maschi di età compresa tra i 18 e i 64 anni.

Per i disabili che hanno più di 65 anni di età la percentuale scende al 60,0%.

Quanto alle femmine, invece, l'uso dell'auto come conducente si riduce con l'aumento dell'età sia per coloro che hanno limitazioni funzionali sia per i non disabili. Tuttavia tra i disabili si registra un brusco calo tra le femmine ultrasessantacinquenni (dal 61,1% al 16,0% a fronte di un dimezzamento per i non disabili, dal 69,6% al 34,1%).

Tavola 4.16 - Persone di 14 anni e più per presenza di disabilità e utilizzo dei mezzi di trasporto (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per classi di età - Anno 2013.

TRASPORTO	Classi di età												Totale			
	14-44 anni				45-64 anni				65 e più				No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio
	No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio	No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio	No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio				

Maschi

Presenza di disabilità

Uso auto come conducente	16,5	80,2	3,4	0,0	12,4	85,3	2,4	0,0	37,3	60,5	2,2	0,0	72,4	25,2	2,5	0,0
Uso mezzi pubblici urbani	51,3	26,8	2,2	19,7	60,5	19,3	1,2	19,0	60,1	19,6	0,5	19,7	58,6	20,9	1,1	19,5
Uso mezzi pubblici extra-urbani	19,8	77,1	3,2	0,0	13,9	84,6	1,5	0,0	9,0	89,8	1,2	0,0	85,7	12,6	1,7	0,0
Uso treno	35,1	62,3	2,6	0,0	29,7	68,9	1,4	0,0	15,6	83,1	1,3	0,0	74,5	23,9	1,6	0,0

Assenza di disabilità

Uso auto come conducente	10,3	86,2	3,5	0,0	4,3	92,8	2,9	0,0	13,1	83,6	3,3	0,0	88,1	8,7	3,3	0,0
Uso mezzi pubblici urbani	57,2	23,4	2,2	17,2	62,6	16,8	1,4	19,1	59,1	20,8	1,5	18,6	59,2	20,9	1,9	18,0
Uso mezzi pubblici extra-urbani	19,8	77,4	2,7	0,0	9,8	88,0	2,3	0,0	10,1	87,7	2,2	0,0	82,3	12,6	1,7	0,0
Uso treno	33,7	64,0	2,4	0,0	27,9	70,4	1,7	0,0	21,8	76,3	1,9	0,0	67,8	30,1	2,1	0,0

Femmine

Presenza di disabilità

Uso auto come conducente	25,2	72,7	2,1	0,0	36,0	61,1	2,8	0,0	81,4	16,0	2,7	0,0	36,2	61,2	2,6	0,0
Uso mezzi pubblici urbani	54,5	31,0	1,3	13,2	53,3	26,5	1,6	18,7	61,9	18,3	0,5	19,2	58,5	22,4	0,9	18,2
Uso mezzi pubblici extra-urbani	27,4	71,8	0,8	0,0	18,3	79,0	2,7	0,0	8,3	90,6	1,1	0,0	84,7	13,8	1,5	0,0
Uso treno	41,7	57,2	1,1	0,0	29,7	68,2	2,0	10,3	88,9	0,8	0,0	0,0	78,7	20,1	1,2	0,0

Assenza di disabilità

Uso auto come conducente	23,0	74,1	2,9	0,0	26,9	69,6	3,5	0,0	61,3	34,1	4,7	0,0	65,8	30,8	3,4	0,0
Uso mezzi pubblici urbani	51,5	30,0	1,7	16,8	55,5	24,9	2,0	17,6	54,2	25,5	1,8	18,5	53,2	27,6	1,8	17,3
Uso mezzi pubblici extra-urbani	23,8	74,1	2,1	0,0	14,7	82,4	2,9	0,0	12,8	84,6	2,6	0,0	78,5	19,0	2,4	0,0
Uso treno	36,2	61,8	2,0	0,0	28,2	69,5	2,3	0,0	18,7	79,2	2,1	0,0	67,1	30,8	2,1	0,0

TRASPORTO	Classi di età												Totale			
	14-44 anni				45-64 anni				65 e più							
	No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio	No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio	No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio	No	Sì	Non indicato	Non esiste il servizio

Totale

Presenza di disabilità

Uso auto come conducente	76,5	20,8	2,7	0,0	72,5	24,8	2,6	0,0	33,1	64,4	2,5	0,0	51,7	45,7	2,6	0,0
Uso mezzi pubblici urbani	52,9	28,9	1,8	16,5	56,7	23,1	1,4	18,8	61,2	18,8	0,5	19,4	58,5	21,7	1,0	18,8
Uso mezzi pubblici extra-urbani	74,4	23,5	2,0	0,0	81,7	16,2	2,1	0,0	90,3	8,6	1,1	0,0	85,2	13,3	1,6	0,0
Uso treno	59,8	38,4	1,9	0,0	68,6	29,7	1,7	0,0	86,6	12,4	1,0	0,0	76,9	21,8	1,4	0,0

Assenza di disabilità

Uso auto come conducente	80,2	16,6	3,2	0,0	81,1	15,7	3,2	0,0	57,6	38,4	4,0	0,0	76,8	19,8	3,3	0,0
Uso mezzi pubblici urbani	54,3	26,7	2,0	17,0	59,0	20,9	1,7	18,4	56,5	23,3	1,7	18,5	56,2	24,3	1,8	17,7
Uso mezzi pubblici extra-urbani	75,8	21,8	2,4	0,0	85,2	12,3	2,6	0,0	86,1	11,5	2,4	0,0	80,4	17,1	2,5	0,0
Uso treno	62,9	34,9	2,2	0,0	70,0	28,0	2,0	0,0	77,8	20,2	2,0	0,0	67,5	30,4	2,1	0,0

Fonte: dati Istat consultabili on line sul sito <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

L'uso di mezzi pubblici extra urbani e urbani, poi, segue dinamiche simili per i due raggruppamenti di individui collocandosi rispettivamente al secondo e al quarto posto tra le preferenze espresse.

Al terzo posto si pone l'uso del treno con valori crescenti all'aumentare dell'età sia per i maschi che per le femmine disabili e non.

Unica eccezione è data dalle femmine disabili over 65 che usano il treno in misura irrisoria (0,8%).

In sintesi, dando uno sguardo complessivo per quel che riguarda gli indicatori proposti a livello statistico come elementi in grado di descrivere e spiegare il livello di integrazione sociale, si rileva come questi ultimi mostrino un buon allineamento tra disabili e soggetti non disabili in termini di bagaglio relazionale sviluppato, di attività svolte nel tempo libero, di partecipazione ad attività socio-culturali, di utilizzo di servizi di sportello e di trasporto.

Quinto capitolo

Considerazioni critiche sull'informazione statistica attualmente disponibile

5.1 Aspetti critici inerenti le fonti di dati

Dopo aver approfondito le peculiarità del mondo della disabilità sia dal punto di vista normativo, sia delle informazioni statistiche a disposizione, si ripercorrono e si sistematizzano di seguito alcune considerazioni relativamente alle potenzialità e ai limiti delle fonti di dati esaminate nei confronti delle esigenze informative manifestate dal legislatore.

Un primo aspetto da sottolineare riguarda il fatto che nel corso dei decenni si è assistito ad una *omogeneizzazione nell'uso dei termini* per cui è meno frequente riscontrare generali disomogeneità nei dati dovute a differenti interpretazioni terminologiche di un determinato fenomeno. Tutto ciò è frutto anche di un processo di progressivo adeguamento della normativa nazionale ed internazionale al linguaggio specifico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Esistono però alcune realtà che ancora non sono allineate alla terminologia internazionale. Questa situazione riguarda soprattutto i database di enti amministrativi che risentono di un'impostazione di raccolta e categorizzazione dei dati del tutto superata. Gli enti di ricerca, invece, hanno già provveduto ad uniformarsi a livello terminologico e classificatorio alle indicazioni internazionali. Tale *difficoltà di dialogo tra database di enti di ricerca e banche dati di enti amministrativi* rappresenta un ostacolo significativo alla qualità dell'informazione statistica.

A questo proposito si sottolinea l'importante sforzo continuo e proteso al miglioramento, compiuto dal portale *Disabilità in cifre*, di cui si è detto nel par. 2.3.1, che si propone di favorire il dialogo tra fonti di dati diverse al fine di offrire

all'interlocutore, sia esso ricercatore, stakeholder o policy maker, un'informazione completa frutto di un sistema organizzato.

Un secondo aspetto di rilievo riguarda i supporti su cui sono registrate *le banche dati di natura amministrativa*. Si tratta di fonti di dati ricchissime di informazioni aggiornate e che sarebbero di grande utilità; si pensi, a titolo di esempio, ai moduli di iscrizione agli elenchi unici per quanto riguarda lo studio dell'integrazione lavorativa. Molti dei dati raccolti a livello amministrativo, tuttavia, non sono disponibili in quanto *inutilizzabili* al fine di costruire un sistema informativo quanto più possibile completo perché sono ancora riprodotti unicamente su carta. Il processo di digitalizzazione in corso, infatti, sta interessando allo stato attuale gli enti di ricerca centrali e probabilmente, si auspica, riguarderà le strutture periferiche solo in un tempo successivo.

Un terzo elemento che si vuole sottolineare riguarda il *crescente interessamento da parte dei centri di ricerca statistica*, e in particolare dell'Istat, relativamente allo studio del mondo della disabilità, che non è affatto facile da indagare sia per le difficoltà connesse alla definizione del fenomeno e alla soggettività che ciò comporta, sia perché ha come oggetto una *condizione di limitazione dell'autonomia individuale a fronte della quale i soggetti interessati reagiscono in modo diverso*: vi sono persone che preferiscono tacere o nascondere la propria condizione, vi sono altri individui che la vogliono enfatizzare in quanto percettori di pensione, non sempre pienamente giustificata. Tutto ciò contribuisce ad accrescere la difficoltà sostanziale nel far emergere l'effettiva numerosità dei disabili nonché le reali problematiche e le necessità percepite da questi ultimi sottolineando il carattere soggettivo delle misurazioni possibili.

Nonostante questa problematica, l'Istat, non potendo ricorrere ad indagini censuarie per le quali sia previsto l'obbligo di risposta in quanto si tratta di dati sensibili, si è impegnato e continua a spendersi nella realizzazione di *ricerche campionarie*, che pur non superando il problema della misurazione soggettiva, consentono di colmare tante carenze informative, monitorando molteplici aspetti inerenti le diverse dimensioni della vita degli individui disabili: dallo stato di salute, all'integrazione scolastica, al percorso lavorativo, etc. In questo modo, per chi intende approfondire lo studio, è possibile disporre, soprattutto in relazione ad alcuni ambiti, di

informazioni temporali consecutive per cercare di valutare il trend di uno specifico aspetto. La nota dolente rimane la *non obbligatorietà della risposta*, ragion per cui a parità di campionamento si possono presentare numerosità diverse nel tasso di risposta.

Dall'esame compiuto, infine, si è potuto constatare come alcuni ambiti di studio, tra cui in particolare l'integrazione lavorativa e l'inclusione sociale, siano abbastanza approfonditi, pur se il loro monitoraggio risente del ricorso ad una molteplicità di fonti che si caratterizzano per rilevanti ostacoli in termini di possibilità di dialogo e quindi di integrazione (si pensi alle banche dati di enti locali operativi nell'ambito del mondo del lavoro).

Vi sono poi altri ambiti quali l'integrazione scolastica che nonostante siano oggetto di indagini annuali a livello centralizzato, presentano diverse lacune informative, di cui si dirà nel paragrafo successivo, che potrebbero essere colmate rivedendo e integrando alcuni aspetti delle indagini già attive e prevedendone altre a copertura dei fenomeni non monitorati.

5.2 Criticità connesse all'informazione statistica sull'istruzione e sull'integrazione scolastica

Come si è potuto evidenziare in questa tesi, l'istruzione e l'integrazione scolastica sono due ambiti su cui si sono succeduti nel tempo diversi provvedimenti normativi e su cui anche l'Istat realizza con cadenza annuale una specifica indagine avente ad oggetto le scuole primarie e secondarie di primo grado, sia statali sia non statali.

Un primo rilievo che si intende sottolineare a riguardo è legato al *mancato adeguamento della popolazione di riferimento dell'indagine* alle variazioni normative.

Si precisa, infatti, che se fino all'anno scolastico 2006/2007, la scuola primaria e secondaria di primo grado consentivano di assolvere all'obbligo scolastico, tale situazione è venuta meno a seguito dell'innalzamento di quest'ultimo all'età di 16 anni¹

¹ Cfr. Legge 27 dicembre 2006, n. 296, articolo 1, comma 622, secondo cui: "L'istruzione impartita per almeno dieci anni è obbligatoria ed è finalizzata a consentire il conseguimento di un titolo di studio di scuola secondaria superiore o di una qualifica professionale di durata almeno triennale entro il diciottesimo anno d'età" il conseguente Decreto Ministeriale 22 Agosto 2007, n. 139, che all'art. 1 prevede che: "L'istruzione obbligatoria è impartita per almeno 10 anni e si realizza secondo le disposizioni indicate all'articolo 1, comma 622, della legge 27 dicembre 2006, n. 296". Sul punto si veda il sito internet http://www.istruzione.it/urp/obbligo_scolastico.shtml

previsto a partire dall'anno scolastico 2007/2008. La nuova normativa, in sostanza, ha previsto 10 anni di formazione scolastica obbligatoria (dai 6 ai 16 anni).

L'indagine promossa dall'Istat, invece, riguarda la scuola primaria e secondaria di primo grado che nel complessivo comportano un percorso di studi di 8 anni.

La criticità che emerge, dunque, è data dal fatto che se la logica sottostante l'indagine fosse quella di dare uno spaccato della scuola dell'obbligo, attualmente sarebbe doveroso ricordare che l'obbligo scolastico ha una durata di 10 anni e che può essere adempiuto dagli alunni con disabilità sino al compimento dei 18 anni (sulla base dell'articolo 14, comma 1 della Legge 104/92).

Se a ciò si aggiunge che la legge quadro 104/92 prevede all'art. 12, primo e secondo comma che “Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie” non si comprende perché l'indagine in oggetto non venga estesa a tutti gli ordini scolastici partendo dalla formazione infantile per giungere a quella universitaria.

I dati raccolti annualmente dal Miur – attraverso la *Rilevazione Integrativa sulle Scuole* – inoltre, mostrano come la disabilità interessi in misura sostanziale anche gli ordini scolastici non compresi nell'indagine.

Nell'a.s. 2014/2015, infatti, i bambini frequentanti le scuole dell'infanzia sono stati 1.620.927, di cui 22.319 con certificazione di disabilità pari all'1,4%² rispetto al 2,7% complessivo sul totale degli ordini scuola.

Nello stesso anno, la percentuale degli alunni con disabilità rapportata al totale degli alunni frequentanti le scuole secondarie di II grado, invece, si approssima al 2,2%³, dato che risulta del tutto significativo se rapportata al valore di 2,7% complessivamente rilevato per tutti gli ordini scuola.

Sulla base della prevalenza di tali dati, parrebbe opportuno attivare anche a questi livelli un monitoraggio sull'integrazione scolastica.

² Cfr MIUR, *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità – a.s.2014/2015*, disponibile on line sul sito internet http://www.istruzione.it/allegati/2015/L/integrazione_scolastica_degli_alunni_con_disabilit%C3%A0_as_2014_2015.pdf

³ Cfr MIUR, *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità – a.s.2014/2015*, disponibile on line sul sito internet http://www.istruzione.it/allegati/2015/L/integrazione_scolastica_degli_alunni_con_disabilit%C3%A0_as_2014_2015.pdf

Infine, in attuazione della Legge 17/99 “Integrazione e modifica della Legge-Quadro 104/92, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, ciascuna Università è tenuta ad erogare agli studenti disabili un servizio integrato di accoglienza, assistenza e inserimento all'interno del mondo universitario. Di questo aspetto, tuttavia, non esiste alcun sistema di monitoraggio e alcuna informazione statistica che possa supportare il policy maker nell'assunzione di decisioni strategiche al fine dell'integrazione dei disabili nel mondo universitario e il pieno sviluppo delle capacità del singolo individuo con limitazioni funzionali.

Un secondo rilievo critico riguarda *i contenuti dell'indagine* realizzata dall'Istat sull'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado. È pur vero che questi ultimi sono stati definiti di concerto con il Ministero dell'Istruzione e della Ricerca ed in parte con le principali associazioni che raggruppano sul territorio nazionale gli individui con disabilità e le loro famiglie; ciononostante, la loro organizzazione potrebbe seguire un percorso logico diverso che integri altrettanto valide ricerche compiute da associazioni e altri enti istituzionali quali ad esempio l'Invalsi (Istituto Nazionale per la Valutazione del Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione).

Un aspetto importante da indagare in primis, infatti, potrebbe essere la consistenza di indicatori strutturali, ovvero quei fatti e quelle circostanze che costituiscono le precondizioni per l'integrazione e devono essere presenti in ogni istituto. Si pensi ad esempio al numero di alunni per classe, al numero di docenti specializzati, all'eliminazione di barriere architettoniche e sensoperceptive e così via.

In secondo luogo, poi, potrebbero essere misurati gli indicatori di processo, cioè le modalità con cui si svolge l'integrazione. A questo riguardo si intende far riferimento, ad esempio, alle modalità e alla tempistica di formulazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI) o all'accoglienza degli alunni con disabilità nella classe.

Solo ad un ultimo stadio andrebbero valutati gli indicatori di risultato, tramite i quali fornire indicazioni sulle modalità di valutazione dei risultati annuali di integrazione non solo sotto il profilo degli apprendimenti formalizzati, ma anche della crescita nella comunicazione, nella socializzazione e nell'autonomia dei disabili.

Con riferimento specifico agli indicatori, partendo da quelli di tipo strutturale, pare non siano presenti nelle ultime versioni dell'indagine quesiti su:

- numero degli alunni disabili per classe, con specifica di coloro che presentano una certificazione di gravità/complessità (elemento previsto dalla Nota Ministeriale - Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca - Direzione Generale per l'organizzazione dei Servizi nel Territorio - 17 Settembre 2001⁴);
- numero totale degli alunni della classe in cui sono inseriti alunni disabili (elemento previsto dalla Nota Ministeriale - Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca - Direzione Generale per l'organizzazione dei Servizi nel Territorio - 17 Settembre 2001)⁵;
- numero dei docenti specializzati, non solo tra gli insegnanti di sostegno, ma anche tra i docenti curricolari e i dirigenti delle scuole;
- numero dei docenti (di sostegno, ma anche curricolari) che hanno seguito corsi di formazione in didattica speciale, oltre che sull'uso delle nuove tecnologie per la didattica.

Si tratta di informazioni che non vengono raccolte neppure dal Miur con un tale livello di dettaglio e che riguardano aspetti in parte esplicitamente previsti a livello normativo per i quali non è attivo alcun sistema di monitoraggio. È indubbio, comunque che tali dati risultino significativi e importanti per potersi esprimere relativamente alla presenza delle condizioni di base per l'integrazione scolastica.

Da questo flusso informativo, è possibile estrapolare alcuni specifici indicatori strutturali per i quali, di seguito si fornisce una breve descrizione.

1. Numero medio di studenti disabili per classe

Si calcola rapportando la numerosità di studenti disabili iscritti a ciascun ordine e grado scolastico, al numero totale delle classi presenti all'interno dello stesso ordine e grado nel panorama nazionale.

⁴ “Qualora inoltre si verifici la presenza di più alunni disabili nella medesima classe, si ricorda che essa può essere prevista solo in ipotesi residuale e solo in caso di handicap lievi”. Cfr. sito internet <http://www.handylex.org/stato/c170901.shtml>.

⁵ “In merito al numero di alunni per classe nei casi in cui è inserito un alunno disabile si rinvia all'art. 3 del D.L. 3 luglio 2001, n. 255 convertito in legge 20 agosto 2001 n. 333, che richiama il D.M. 24 luglio 1998 n. 331 come integrato dal D.M. 3 giugno 1999 n. 141 che pone il numero massimo di 20 alunni per classe, purché sia esplicitata la necessità di tale riduzione in relazione ad ogni specifico caso di integrazione, senza superare però il limite massimo di 25 alunni”. Cfr. sito internet <http://www.handylex.org/stato/c170901.shtml>.

Questo indicatore consente di valutare se la previsione normativa che stabilisce la presenza di uno studente disabile per classe o al massimo due nel caso di disabilità lieve è rispettato nella realtà concreta.

È possibile considerare le seguenti variabili di stratificazione:

- tipologia di disabilità;
- tipologia di scuola (statale e non);
- ripartizione geografica (dettaglio provinciale)

2. Numero medio di studenti per classe, nelle classi con disabili.

Si calcola rapportando il numero totale di studenti, per ciascun ordine e grado, nella cui classe è presente un disabile, al numero totale delle classi presenti all'interno dello stesso ordine e grado nel panorama nazionale.

Il calcolo di questo indicatore consente di valutare se il numero di studenti per classe rispetta le previsioni normative che fissano a 20 il numero massimo di alunni che compongono una classe in presenza di uno studente disabile.

È possibile considerare le seguenti variabili di stratificazione:

- tipologia di scuola (statale e non);
- ripartizione geografica.

3. Percentuale di docenti specializzati rispetto a tutto il corpo docente e alla dirigenza scolastica.

Si calcola rapportando la numerosità dei docenti specializzati, per ciascun ordine e grado, al totale del personale di ruolo, compresa la dirigenza scolastica e gli insegnanti di sostegno del rispettivo ordine e grado.

Attraverso tale indicatore è possibile comprendere quale sia il livello di preparazione specializzata del corpo docente e della dirigenza scolastica nonché degli insegnanti di sostegno. Una formazione specifica riguardante l'ambito della disabilità che coinvolga tutti i componenti del collegio didattico, infatti, è auspicata anche a livello normativo.

È possibile considerare le seguenti variabili di stratificazione:

- tipologia di scuola (statale e non);
- ripartizione geografica (dettaglio provinciale).

4. Percentuale di docenti che hanno seguito corsi di formazione in didattica speciale rispetto a tutto il corpo docenti.

Si calcola rapportando la numerosità dei docenti che hanno seguito corsi di formazione in didattica speciale (siano essi insegnanti di sostegno o curricolari), per ciascun ordine e grado, al totale del personale di ruolo del rispettivo ordine e grado.

Tale indicatore consente di valutare la numerosità di docenti che hanno effettivamente intrapreso percorsi di formazione in didattica speciale. Per consentire un vero processo di integrazione scolastica dei disabili nelle singole classi è necessario infatti che anche i docenti curricolari, accanto agli insegnanti di sostegno, sappiano operare con appropriati metodi didattici.

È possibile considerare le seguenti variabili di stratificazione:

- tipologia di insegnante (di sostegno o curricolare)
- tipologia di scuola (statale e non);
- ripartizione geografica (dettaglio provinciale).

Tra le informazioni inerenti le modalità di svolgimento del processo di integrazione scolastica, poi, sembra mancare la rilevazione su:

- regolarità di convocazione dei Gruppi di Lavoro di Istituto (GLHI e GLHO);
- tempestività di stesura e completezza di informazioni nella Diagnosi Funzionale da parte degli operatori sanitari (richiesto dal D.P.C.M. n. 185 del 23 febbraio 2006, art. 2, commi 2 e 3⁶);

⁶ “2. Gli accertamenti di cui al comma 1, da effettuarsi in tempi utili rispetto all'inizio dell'anno scolastico e comunque non oltre trenta giorni dalla ricezione della richiesta, sono documentati attraverso la redazione di un verbale di individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni. Il verbale, sottoscritto dai componenti il collegio, reca l'indicazione della patologia stabilizzata o progressiva accertata con riferimento alle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nonché la specificazione dell'eventuale carattere di particolare gravità della medesima, in presenza dei presupposti previsti dal comma 3 del predetto articolo 3. Al fine di garantire la congruenza degli interventi cui gli accertamenti sono preordinati, il verbale indica l'eventuale termine di rivedibilità dell'accertamento effettuato.

3. Gli accertamenti di cui ai commi precedenti sono propedeutici alla redazione della diagnosi funzionale dell'alunno, cui provvede l'unità multidisciplinare, prevista dall'articolo 3, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, anche secondo i criteri di classificazione di disabilità e salute previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il verbale di accertamento, con l'eventuale termine di rivedibilità ed il documento relativo alla diagnosi funzionale, sono trasmessi ai genitori o agli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno e da questi all'istituzione scolastica presso cui l'alunno va iscritto, ai fini della tempestiva adozione dei provvedimenti conseguenti”. Cfr sito internet <http://www.handylex.org/stato/d230206.shtml>.

- compilazione collegiale da parte di tutto il GLHO dei documenti di programmazione (Profilo Dinamico Funzionale - Piano Educativo Individualizzato) (aspetto previsto dal D.P.R. del 24 febbraio 1994, all'articolo 5, comma 2⁷);
- coinvolgimento delle famiglie e degli assistenti educatori e di base nella progettazione del percorso educativo-didattico, di autonomia e socializzazione (aspetto previsto dalla L.104/92 all'art.15 comma 2⁸);
- modalità di accoglienza-inserimento dei nuovi alunni con disabilità;
- orientamento verso il percorso scolastico successivo all'ordine di scuola frequentato dall'alunno (aspetto previsto dalla L.104/92 all'art.14 comma 1, punto a)⁹).

Da queste informazioni, che in parte discendono da specifiche esigenze conoscitive del Legislatore, è possibile estrapolare alcuni indicatori di processo utili a misurare le modalità con cui si realizza l'integrazione scolastica a livello operativo. Di seguito si fornisce una proposta dei principali indicatori.

1. Numero medio di convocazioni annue per istituto

Si calcola rapportando la numerosità di convocazioni annue dei Gruppi di Lavoro di Istituto (GHLI e GHLO) al numero di Istituti con studenti disabili.

Tale indicatore consente di valutare se l'attività dei Gruppi di Lavoro di Istituto sia puramente un aspetto formale o se si sostanzia in un impegno concreto e propositivo che implica un maggior numero di incontri per favorire il dialogo e il confronto.

2. Tempo medio di attesa della Diagnosi Funzionale da parte di ciascun istituto

Si calcola rapportando tempo complessivo di attesa in giorni della Diagnosi Funzionale da parte di ciascun istituto scolastico, al numero totale degli istituti con studenti disabili.

⁷ "Il P.E.I. è redatto, ai sensi del comma 5 del predetto art. 12, congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla USL e/o USSL e dal personale insegnante curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico, in collaborazione con i genitori o gli esercenti la potestà parentale dell'alunno". Cfr. sito internet <http://www.handylex.org/stato/d240294.shtml#a5>.

⁸ "Presso ogni circolo didattico ed istituto di scuola secondaria di primo e secondo grado sono costituiti gruppi di studio e di lavoro composti da insegnanti, operatori dei servizi, familiari e studenti con il compito di collaborare alle iniziative educative e di integrazione predisposte dal piano educativo". Cfr. sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>.

⁹ La normativa dice in proposito: "Il Ministro della pubblica istruzione provvede altresì: a) all'attivazione di forme sistematiche di orientamento, particolarmente qualificate per la persona handicappata, con inizio almeno dalla prima classe della scuola secondaria di primo grado". Cfr. sito internet <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>.

La normativa in proposito prevede che gli accertamenti propedeutici alla redazione della documentazione in oggetto siano effettuati in tempo utile per l'inizio dell'anno scolastico o quantomeno entro 30 giorni dalla ricezione della richiesta. Di conseguenza la stesura della Diagnosi Funzionale dovrebbe avvenire in tempi altrettanto circoscritti per favorire il percorso formativo dello studente. L'indicatore in oggetto consente di valutare se i tempi di attesa a livello di istituto siano realmente consoni a garantire il prioritario diritto alla formazione dell'alunno disabile.

3. Percentuale di Gruppi di Lavoro per l'Handicap Operativo (GLHO) che provvedono alla compilazione collegiale del Piano Dinamico Funzionale (PDF) e del Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Si calcola rapportando il numero complessivo dei GLHO che redigono i documenti di programmazione (PDF e PEI) in modo collegiale, al numero totale dei GLHO.

La normativa prevede che la redazione del Piano Dinamico Funzionale e del Piano Educativo Individualizzato avvengano collegialmente e non vengano demandate all'insegnante di sostegno. Attraverso l'indicatore qui presentato è possibile cogliere quale sia la prevalenza del lavoro collettivo nei Gruppi di Lavoro per l'Handicap Operativo.

4. Percentuale delle famiglie coinvolte nella redazione del percorso educativo didattico.

Si calcola rapportando il numero complessivo delle famiglie coinvolte nella redazione del percorso educativo didattico, al numero totale delle famiglie con figli disabili che frequentano la scuola dell'obbligo.

Tale indicatore consente di comprendere se, come previsto normativamente, vi sia un reale e fattivo coinvolgimento delle famiglie di alunni/studenti disabili nella redazione del Piano Educativo Individualizzato e quindi nel percorso di formazione e integrazione scolastica dei figli disabili.

5. Percentuale di Istituti di ciascun ordine e grado che realizzano attività di accoglienza-inserimento per gli studenti disabili.

Si calcola rapportando il numero complessivo di Istituti di ciascun ordine e grado che realizzano attività di accoglienza-inserimento per gli studenti disabili, al numero totale degli Istituti dello stesso ordine e grado che presentano studenti disabili tra i propri iscritti.

Questo indicatore consente di valutare in quanti istituti scolastici si stiano attivando effettivi ed efficaci percorsi di integrazione scolastica degli alunni/studenti con disabilità andando anche oltre le specifiche previsioni normative.

6. Percentuale di Istituti di formazione secondaria di I grado che realizzano attività di orientamento per il percorso scolastico successivo a favore dei disabili

Si calcola rapportando il numero complessivo di Istituti di formazione secondaria di I grado che realizzano attività di orientamento per il percorso scolastico successivo a favore dei disabili, al numero totale degli Istituti dello stesso ordine e grado che presentano studenti disabili tra i propri iscritti.

L'indicatore in oggetto consente di verificare se è rispettata la normativa che prevede l'attivazione di percorsi di orientamento a favore degli alunni disabili già al primo anno della scuola secondaria di primo grado.

Per ciascun indicatore di processo presentato è possibile considerare le seguenti variabili di stratificazione:

- tipologia di scuola (statale e non);
- ripartizione geografica (dettaglio provinciale).

Appaiono, infine, totalmente tralasciati gli indicatori di risultato capaci di fornire informazioni sulle modalità di valutazione del livello di integrazione conseguito dagli alunni/studenti con disabilità, non solo con riguardo all'apprendimento scolastico, ma anche in termini di crescita nella comunicazione, nella socializzazione e nell'autonomia e sull'autovalutazione da parte delle scuole dei risultati raggiunti in tale direzione.

La proposta dei principali indicatori di risultato che si possono costruire partendo da questi dati è riportata nel seguito.

1. Percentuale di alunni/studenti disabili di ciascun ordine e grado che partecipano alle attività extrascolastiche attivate dagli istituti.

Si calcola rapportando il numero complessivo di alunni/studenti disabili di ciascun ordine e grado che partecipano alle attività extrascolastiche attivate dagli istituti, al numero totale degli alunni/studenti disabili dello stesso ordine.

Questo indicatore consente di valutare a quale stadio sia il percorso di integrazione scolastica degli alunni/studenti con disabilità.

È possibile considerare le seguenti variabili di stratificazione:

- sesso
- tipologia di scuola (statale e non);
- ripartizione geografica (dettaglio provinciale).

2. Percentuale di Istituti di ciascun ordine e grado che realizzano un processo di autovalutazione circa i risultati dell'integrazione dei disabili

Si calcola rapportando il numero complessivo di Istituti che realizzano un processo di autovalutazione circa i risultati dell'integrazione dei disabili, al numero totale degli Istituti dello stesso ordine e grado che presentano studenti disabili tra i propri iscritti.

Tale indicatore di risultato consente di comprendere se l'impegno promosso dalle scuole a favore dell'integrazione scolastica di alunni/studenti disabili venga monitorato in termini di efficacia attraverso processi di autovalutazione dei risultati conseguiti.

È possibile considerare le seguenti variabili di stratificazione:

- tipologia di scuola (statale e non);
- ripartizione geografica (dettaglio provinciale).

In sintesi, si elencano nella tavola 5.1 gli indicatori che si ritiene potrebbero essere aggiunti all'indagine sull'integrazione scolastica per fornire un'informazione statistica più completa.

Tavola 5.1 - Proposta di indicatori aggiuntivi

<p>INDICATORI STRUTTURALI</p> <ul style="list-style-type: none">• Quoziente alunni/studenti iscritti a ciascun ordine e grado e numero delle classi dello stesso ordine e grado in cui è inserito un alunno/studente disabile.• Quoziente alunni/studenti disabili iscritti a ciascun ordine e grado e numero totale delle classi dello stesso ordine e grado.• Percentuale di docenti specializzati rispetto a tutto il corpo docenti e alla dirigenza scolastica.• Percentuale di docenti che hanno seguito corsi di formazione in didattica speciale rispetto a tutto il corpo docenti.
<p>INDICATORI DI PROCESSO</p> <ul style="list-style-type: none">• Quoziente numero totale di convocazioni annue dei Gruppi di Lavoro di Istituto e numero di Istituti con studenti disabili.• Quoziente tempo complessivo di attesa della Diagnosi Funzionale da parte di ciascun istituto e numero totale degli istituti scolastici con studenti disabili.• Percentuale compilazione collegiale del GLHO di PDF e PEI.• Percentuale delle famiglie coinvolte nella redazione del percorso educativo didattico.• Percentuale di Istituti di ciascun ordine e grado che realizzano attività di accoglienza-inserimento per gli studenti disabili.• Percentuale di Istituti di formazione secondaria di I grado che realizzano attività di orientamento per il percorso scolastico successivo a favore dei disabili
<p>INDICATORI DI RISULTATO</p> <ul style="list-style-type: none">• Percentuale di alunni/studenti disabili di ciascun ordine e grado che partecipano alle attività extrascolastiche attivate dagli istituti.• Percentuale di Istituti di ciascun ordine e grado che realizzano un processo di autovalutazione circa i risultati dell'integrazione dei disabili

Al di là di questi aspetti specifici, il Miur sottolinea che la logica sottostante l'integrazione scolastica dei disabili deve essere sistemica, ovvero ci deve essere la corresponsabilità educativa e formativa di tutti i docenti, curricolari e di sostegno della specifica classe. Si devono perciò anche attivare forme di pianificazione coordinata delle attività inter-istituto per garantire nel territorio di riferimento l'unitarietà tra il progetto educativo e quello socio-sanitario. Inoltre, è indispensabile realizzare progetti

integrati scuola-lavoro, che consentano un passaggio concreto dal progetto didattico ed educativo al più generico “progetto di vita” per gli alunni con disabilità.

È doveroso sottolineare, infine, come negli ultimi anni alcune criticità evidenziate attraverso le fonti informative siano rimaste inalterate anche per effetto delle recenti manovre finanziarie che hanno condotto ad una riduzione dei fondi per la scuola e del numero di insegnanti di sostegno, al sovraffollamento delle classi e alla discontinuità didattica.

Tutto ciò fa supporre che un sistema di indagini più coordinato e in grado di coinvolgere i diversi ordini scolastici si scontrerebbe inevitabilmente con le politiche di spending review che prevalgono in quasi tutti gli ambiti della vita dei cittadini italiani.

5.3 Potenzialità dell’informazione statistica sulla formazione professionale e sull’integrazione lavorativa

In materia di integrazione lavorativa, come si è visto nel primo capitolo, si sono compiuti rilevanti progressi a livello normativo con l’introduzione di una disciplina, quella della Legge n. 68 del 1999, ispirata al concetto di “collocamento mirato”, ossia all’adozione di una serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni di problemi connessi agli ambienti, agli strumenti e alle relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

Occorre precisare che il Legislatore ha previsto all’articolo 21 di tale legge che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali predisponga e presenti al Parlamento, con cadenza biennale, una Relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni contenute nella norma stessa.

Tutto ciò ha implicato la realizzazione, nel corso del tempo, di un insieme di indicatori in grado di soddisfare le esigenze informative derivanti dalla necessità di valutare l’applicazione concreta della Legge 68/99 in tutti i suoi aspetti.

In questo modo, il Legislatore, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ha potuto intervenire, negli anni, modificando e integrando le

disposizioni per favorirne l'applicabilità e per adeguarle alle diverse condizioni del contesto economico mondiale.

Dal punto di vista dell'informazione statistica si sottolinea che la normativa ha generato alcune difficoltà riconducibili, in via prevalente, alla molteplicità di soggetti che essa coinvolge per dare attuazione all'insieme di azioni proprie della nuova logica dell'inserimento mirato. Ciascuno di questi enti (scuola, Asl, Comuni, Province, associazioni cooperative, servizi per la formazione professionale, organizzazioni sindacali) è dotato di proprie banche dati molto ricche di informazioni dettagliate, che tuttavia, faticano a trovare una adeguata sistematizzazione al fine di fornire un'informazione unitaria, agevole e costantemente aggiornata.

Guardando anche oltre le esigenze informative del Legislatore specificamente connesse alla legge 68/99 e alle sue recenti integrazioni, si può affermare che esiste una notevole varietà di rilevazioni sia a livello centrale che locale.

A livello centrale l'Istat, oltre all'approfondimento sulla disabilità compiuto nel 2001¹⁰ e collegato all'indagine sulle forze di lavoro, svolge correntemente diverse indagini con differente cadenza temporale che forniscono un'informazione generale relativa al numero di soggetti inabili al lavoro (si pensi all'indagine EU-SILC sul reddito e le condizioni di vita¹¹, all'indagine sugli aspetti della vita quotidiana¹²). Più dettagliato nel fornire un quadro relativo alle condizioni di lavoro dei soggetti con disabilità è l'indagine sulle condizioni di salute e di ricorso ai servizi sanitari (con specifico riferimento alla parte inerente l'inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi), riferita all'anno 2013¹³ e che viene ripetuta ogni cinque anni.

In aggiunta a queste indagini è necessario ricordarne altre due. Si tratta rispettivamente di quella relativa alle cooperative sociali dedite all'inserimento

¹⁰ L'indagine sulle Forze di Lavoro compiuta in modo continuativo dall'Istat non fornisce informazioni sullo stato occupazionale delle persone disabili. Essa, infatti, rileva il numero di persone occupate, disoccupate e inattive, ma non inabili. Sul punto si veda <http://www.istat.it/it/archivio/8263>.

¹¹ Si tratta di un'indagine frutto del progetto *European Statistics on Income and Living Conditions* disciplinata dal Regolamento del Parlamento europeo, n. 1177/2003. Per un approfondimento in materia si veda il sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/5663>.

¹² Cfr. <http://www.istat.it/it/archivio/91926>.

¹³ Sul punto si veda *Nota Metodologica* sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/165366>.

lavorativo dei disabili¹⁴ e quella inerente l'inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale (realizzata ad hoc nell'anno 2011)¹⁵. Quest'ultima, che si presenta come indagine completa e approfondita del quotidiano della disabilità, contempla tra le dimensioni indagate anche lo svolgimento di una attività lavorativa come modalità di realizzazione della persona nella sua totalità.

Per il suo svolgimento sono stati utilizzati alcuni quesiti proposti in ambito internazionale per lo studio della disabilità secondo il framework concettuale della classificazione ICF. In particolare sono stati selezionati quesiti tratti dall'European Health and Social Integration Survey (EHSIS)¹⁶ che ha l'obiettivo di misurare lo stato di salute e l'integrazione sociale a livello europeo.

L'inserimento di tali quesiti ha consentito di costruire indicatori che tengano conto sia dei problemi di salute e delle limitazioni nelle attività, che delle restrizioni nella partecipazione sociale rilevata per alcune delle aree di vita previste nel questionario EHSIS, tra cui proprio il lavoro.

L'impostazione seguita nella costruzione di questa indagine ha il pregio di favorire un percorso di avvicinamento al sistema di indicatori internazionali adottato in Europa per studiare il fenomeno della disabilità nel suo complesso.

Sempre a livello nazionale, è da evidenziare con riferimento all'integrazione lavorativa, il monitoraggio annuale condotto dall'Isfol sui Centri per l'impiego e sui servizi per l'impiego. Si tratta di un'attività molto importante nel complesso, che coglie un aspetto specifico del mondo del lavoro.

Un ultimo elemento da sottolineare per quanto riguarda l'informazione statistica generata a livello centrale riguarda l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità¹⁷ di cui l'Isfol è referente per conto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

¹⁴ Cfr. ISTAT, "Le cooperative sociali in Italia, Anno 2005", *Informazione n. 4*, Agosto 2008, disponibile sul sito internet http://www3.istat.it/dati/catalogo/20080807_03/inf_08_04le_cooperative_sociali_italia05.pdf

¹⁵ Cfr. sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/77546>.

¹⁶ Il primo questionario dell'European Health and Social Integration Survey, denominato European Disability Social Integration Module (EDSIM) è stato progettato nel 2008 dall'Università di Leicester per rilevare la disabilità secondo l'approccio ICF. L'attuale versione (giugno 2011) sarà utilizzata per una indagine che sarà condotta nel 2012 in tutti i paesi dell'Unione Europea. Cfr. *Nota metodologica* sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/77546>.

¹⁷ Il 4 luglio 2014 il Ministro del lavoro e delle politiche sociali ha firmato il decreto di costituzione del rinnovato Osservatorio sulla condizione delle persone con disabilità, istituito ai sensi dell'art. 3 della legge

Al momento attuale tale organismo non dispone di un sistema di reportistica riguardo all'integrazione lavorativa delle persone con limitazioni funzionali. Tuttavia, nell'ambito del Programma triennale dell'Osservatorio stesso, è stata attivata nel 2014 tra Isfol e Istat una collaborazione per lo studio e l'individuazione di indicatori in grado di fornire un'informazione statistica completa in materia¹⁸. Si auspica che questo conduca ad una sistematizzazione dei risultati che sia di ulteriore stimolo per le politiche ministeriali e per eventuali proposte di avanzamento normativo.

A livello locale, poi, esistono diverse ricerche compiute su scala regionale o provinciale da singoli enti che intendono misurare l'efficacia delle politiche adottate e il livello di integrazione lavorativa raggiunto nel proprio territorio, nonché rendere visibili esempi di buone prassi che possono rappresentare stimoli per altre realtà territoriali.

In relazione a questi aspetti, nella tavola 5.2 si propongono alcuni tra i principali progetti sviluppati a livello locale.

Molte di queste ricerche rilevano esempi di buone prassi presenti nel territorio regionale, proponendo una sorta di vademecum contenente aspetti salienti da considerare al fine del conseguimento di un buon risultato in termini di inserimento di soggetti disabili nel mondo del lavoro nel rispetto delle capacità specifiche di ciascuno e nell'intento del pieno sviluppo delle attitudini lavorative dell'individuo.

Si tratta di informazioni molto preziose benché frammentarie; esse infatti non nascono affatto con l'intento di ricostruire un quadro della situazione nazionale in materia.

Ai fini della migliore sistematizzazione dell'informazione statistica in questo ambito si auspica che dalla collaborazione tra Istat e Isfol nasca effettivamente un sistema di reporting rigoroso ed efficace che agevoli il compito ministeriale di

3 marzo 2009, n.18, di ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità fatta a New York il 13 dicembre 2006.

¹⁸ Sul punto si veda in particolare il Programma triennale dell'Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle Persone con Disabilità (OND): 2014-2016, disponibile sul sito internet http://www.osservatoriodisabilita.it/index.php?option=com_content&view=article&id=164&Itemid=630&lang=it, che prevede la realizzazione di otto gruppi di lavoro con differenti indicazioni operative. Il gruppo n. 8 "Reporting e statistiche", che vede la collaborazione tra Isfol e Istat, si occupa in particolare della predisposizione, a partire dalle fonti statistiche disponibili, di un sistema di indicatori in grado di misurare la distanza in termini di eguaglianza tra la condizione delle persone con disabilità e il resto della popolazione. Parte del lavoro svolto dal gruppo n. 8, è stato presentato a Roma il 12 ottobre 2015 ad un apposito seminario promosso dal Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio dal titolo "Convenzione ONU e sistema di indicatori statistici per il monitoraggio della condizione delle persone con disabilità" (cfr. sito internet <http://www.isfol.it/news/seminario-sugli-indicatori-di-monitoraggio>).

relazionare al Parlamento sul lento processo di adeguamento in corso nel mondo del lavoro che non ha ancora trovato completa attuazione.

Tavola 5.2 - Esempi di progetti di monitoraggio locale dell'integrazione lavorativa dei disabili

Progetto	Ente	Obiettivo
<i>Progetto "Buone Prassi" sull'inserimento e il mantenimento al lavoro dei disabili nella Regione Lombardia¹⁹</i>	Regione Lombardia (Ottobre 2004)	Approfondire il tema, della "tenuta" lavorativa dei disabili inseriti, in virtù della Legge 68/99. Realizzare una ricerca mirante ad individuare e descrivere le metodiche di inserimento e di mantenimento al lavoro di persone con disabilità, sviluppate nell'ambito di alcune esperienze Lombarde alla luce della legge 68/99, al fine di valutare e verificare le esperienze di maggiore successo e fornendo spunti per la definizione delle "buone prassi".
<i>Servizio di Monitoraggio e Valutazione di Buone Prassi in Materia di Azioni Innovative per l'Integrazione di Soggetti Svantaggiati²⁰</i>	Regione Emilia Romagna (Ottobre 2007)	Acquisire informazioni utili, in particolare, sulle condizioni e le azioni promozionali, facilitanti, incentivanti buone prassi di RSI, verificando i relativi effetti in termini di efficacia, per avere, preliminarmente, una panoramica di quanto realizzato sul tema oggetto di ricerca e procedere, quindi, ai successivi approfondimenti conoscitivi, con lo scopo di mettere a disposizione delle parti sociali interessate materiale da valutare sotto il profilo del merito e della trasferibilità applicativa.
<i>Progetto SOLE, "Strategie per l'Occupazione sostenibile"²¹</i>	Regione Veneto (Febbraio 2008)	Il Progetto SOLE, attraverso una intensa attività di sperimentazione sviluppata all'interno della rete dei servizi rivolti al singolo e alle aziende, intende sperimentare modalità innovative di intervento per aumentare la sostenibilità nel tempo degli inserimenti lavorativi delle persone svantaggiate, così da assicurare le condizioni per una loro effettiva integrazione nella società.

¹⁹ Cfr. sito internet <http://www.superabile.it/repository/contentmanagement/information/p1967300076/buona%20prassi%20regione%20lombardia.pdf>

²⁰ Cfr. sito internet http://www.aziendesolidalibolognesi.it/pdf/REPORT_RSI.pdf

²¹ Cfr. sito internet <http://www.equal-sole.org/progetto.asp>

Progetto	Ente	Obiettivo
<i>Disabilità e integrazione lavorativa nella provincia di Monza e della Brianza. Stato di attuazione della Legge 68/99 e delle politiche attive per l'occupazione delle persone con disabilità²²</i>	Provincia di Monza e Brianza (Maggio 2013)	Fornire un quadro di analisi completo e articolato, per la Provincia di Monza e Brianza, sullo stato di attuazione della Legge 68/99 e sulle politiche attive per l'occupazione delle persone con disabilità, realizzate dal 2010 al 2012 attraverso il Piano triennale provinciale L.I.F.T.

5.4 Partecipazione sociale e integrazione sociale: le potenzialità dell'informazione statistica

Il principale aspetto di rilievo emerso dall'analisi svolta in questo lavoro con riguardo all'inclusione sociale dei disabili è legato al fatto che esiste una rilevazione ufficiale in materia compiuta dall'Istat nell'anno 2011.

Ad integrazione di questa, inoltre, si pone l'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (con particolare riferimento alla parte sull'inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi) relativa all'anno 2013. Quest'ultima si svolge con cadenza quinquennale per cui riesce a fornire un quadro informativo abbastanza aggiornato capace di descrivere nel dettaglio i diversi aspetti contemplati nel concetto di partecipazione sociale e di integrazione sociale.

La valutazione di questi elementi, inoltre, è desumibile anche dall'indagine "Aspetti sulla vita quotidiana" che rileva, con cadenza annuale, informazioni su vari ambiti della vita quotidiana degli individui disabili e non e delle famiglie: scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, tempo libero, partecipazione politica e sociale, salute, stili di vita, accesso ai servizi. Essa consente di analizzare sotto molteplici dimensioni i comportamenti delle persone con disabilità in riferimento alle principali attività della vita quotidiana.

In questa dimensione dell'integrazione dei disabili, in definitiva, si rileva una buona dotazione di informazioni statistiche che consente lo sviluppo di analisi con prospettive temporali diverse.

²² Cfr. sito internet http://www.provincia.mb.it/export/sites/default/lavoro/doc/LIFT/MB_Report_Disabilita.pdf

5.5 Riflessioni conclusive

Accanto alle considerazioni strettamente legate all'integrazione scolastica, lavorativa e all'inclusione sociale, si propone un'ultima riflessione di carattere più generale sulla qualità dell'informazione statistica sull'integrazione dei disabili.

A questo proposito, si ritiene non sia sufficiente giungere a definire quante sono le persone disabili che lavorano o quanti sono gli studenti disabili che frequentano la scuola superiore o ancora quante sono le strutture di supporto agli studenti disabili legate al mondo universitario. E non sia nemmeno sufficiente valutare qual è il livello di adeguamento delle strutture pubbliche e private alla normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche fisiche o tecnologiche.

Se anche per ciascuno di questi aspetti si riscontrassero valori elevati ciò non significherebbe automaticamente che si sono raggiunti buoni livelli di integrazione dei disabili nei vari ambiti della vita.

Si potrebbe più correttamente concludere che la realtà indagata sembra presentare le condizioni affinché i soggetti con disabilità possano integrarsi ed essere integrati nella società. Ma null'altro si può aggiungere sulla reale condizione di efficace integrazione conseguita, sulla qualità della vita dei soggetti disabili rispetto a quelli che non presentano alcuna limitazione funzionale.

In sintesi, occorre poter misurare l'integrazione in termini quantitativi, ma anche qualitativi perché non è sufficiente che un individuo disabile possa frequentare tutti gli ordini della scuola italiana, possa lavorare e partecipare alla vita sociale nelle sue diverse manifestazioni.

È altrettanto necessario capire come avviene il processo di integrazione per capire se si tratta di una mera imposizione a livello normativo o se grazie all'input proveniente da quest'ultima, si sta concretamente realizzando una inclusione sostanziale che si radica a livello di cultura generale.

Poiché le informazioni statistiche disponibili consentono un approfondimento dell'analisi nei termini sopra indicati, si ritiene rilevante che si proceda anche in questo senso oltre che nella direzione dell'ampliamento delle ricerche sull'integrazione scolastica.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *La Costituzione della Repubblica Italiana*, Giunti Editore, Firenze, 2011.

AA.VV., *Progetto Sistema Informativo sull'Handicap. Fase 1: studio di fattibilità. Rapporto finale 22 agosto 2000*, ISTAT, 2000.

COTTINI LUCIO, *Didattica speciale e integrazione scolastica*, Carocci editore, Roma, 2004.

ISTAT, "La disabilità in Italia. Il quadro delle statistiche ufficiali", *Argomenti n. 37*, Istat, Roma, 2009, p. 10.

ISTAT, "Le cooperative sociali in Italia, Anno 2005", *Informazione n. 4*, Agosto 2008, disponibile sul sito internet http://www3.istat.it/dati/catalogo/20080807_03/inf_08_04le_cooperative_sociali_italia05.pdf

ISTAT, *15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Struttura demografica della popolazione. Dati definitivi*, 19 Dicembre 2012

ISTAT, *Annuario statistico dell'istruzione*, anni vari.

ISTAT, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio sanitari*, Report 31 dicembre 2011, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176622>.

ISTAT, *Report: L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado*, disponibile sul sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/176952>.

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *VI Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 12 Marzo 1999, n. 68 "Norme per il Diritto al lavoro dei disabili" Anni 2010-2011*.

MIUR - Ufficio di Statistica, *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità – a.s.2014/2015* disponibile on line sul sito web http://www.istruzione.it/allegati/2015/L'integrazione_scolastica_degli_alunni_con_disabilit%C3%A0_as_2014_2015.pdf

SITOGRAFIA

http://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2006/allegati/legge104_92.pdf

<http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>

<http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp?p=10>

<http://demo.istat.it/bil2013/index.html>

<http://demo.istat.it/pop2014/index.html>

http://www.aziendesolidalibolognesi.it/pdf/REPORT_RSI.pdf

http://www.bosettiegatti.eu/info/norme/statali/2010_0122.htm

<http://www.condicio.it>

<http://www.conosciamocimeglio.it>

<http://www.disabili.com/mobilita-auto/speciali-mobilita-a-auto/barriere-architettoniche-e-disabilita/barrarch09-edilizia-pubblica>

<http://www.disabilitaincifre.it>

<http://www.disabilitaincifre.it/europa/lineeguida.asp>

<http://www.diversamenteabili.info/Engine/RAServePG.php/P/31281DIA0100/M/31061DIA0714>

<http://www.dpitalia.org/rglstand.htm>

<http://www.equal-sole.org/progetto.asp>

http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

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

<http://www.fishonlus.it/attività/pubblicazioni/>

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1981/12/28/081U0763/sg>

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2007/12/28/007G0264/sg>

<http://www.giurcost.org/fonti/CdfUE.pdf>

<http://www.handylex.org/stato/c170901.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/d101000.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/d130100.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/d230206.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/d240294.shtml#a5>
<http://www.handylex.org/stato/1020468.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/1081100.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/1120399.shtml>
<http://www.handylex.org/stato/1300371.shtml>
<http://www.isfol.it>
<http://www.isfol.it/news/seminario-sugli-indicatori-di-monitoraggio>
http://www.isfol.it/temi/Inclusione_sociale/pari-opportunita-no-discriminazione/disabilita-2
<http://www.istat.it/it/archivio/101781>
<http://www.istat.it/it/archivio/136154>
<http://www.istat.it/it/archivio/165366>
<http://www.istat.it/it/archivio/166482>
<http://www.istat.it/it/archivio/5663>
<http://www.istat.it/it/archivio/56758>
<http://www.istat.it/it/archivio/60454>
<http://www.istat.it/it/archivio/7740>
<http://www.istat.it/it/archivio/77546>
<http://www.istat.it/it/archivio/7786>
<http://www.istat.it/it/archivio/8263>

<http://www.istat.it/it/archivio/91926>

<http://www.istat.it/it/archivio/forze+di+lavoro>

http://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf

http://www.istat.it/it/files/2013/07/05-Scheda-Non-Profit_DEF.pdf

http://www.istruzione.it/urp/obbligo_scolastico.shtml

http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0015Atti_M/1011_Crite.htm

<http://www.ohchr.org/english/law/pdf/res2856.pdf>

http://www.osservatoriodisabilita.it/index.php?option=com_content&view=article&id=164&Itemid=630&lang=it

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99068l.htm>

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99068l.htm>

http://www.provincia.mb.it/export/sites/default/lavoro/doc/LIFT/MB_Report_Disabilita.pdf

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4362&area=ricoveriOspedalieri&menu=acc

<http://www.superabile.it/repository/contentmanagement/information/p1967300076/buona%20prassi%20regione%20lombardia.pdf>

<http://www.tuttitalia.it/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

https://www.cliclavoro.gov.it/Cittadini/Disabili/Documents/VI_Relazione_ParlamentoLegge68_99_2010_11.pdf

https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_person_e_disabili.pdf

<https://www.unric.org/html/italian/pdf/Convenzione-disabili-ONU.pdf>