

---

## INTRODUZIONE

---

### **I sistemi di classificazione e la normativa**

Nel 1975, anno della sua ventinovesima assemblea, l'Organizzazione Mondiale della Sanità decise di affiancare alla Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), un'appendice relativa alle loro conseguenze; nacque così, nel 1980, l'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH), il cui scopo era di dare un ordine classificatorio alle conseguenze delle malattie, introducendo i termini di menomazione, disabilità ed handicap.

Il termine *menomazione* si riferiva a perdite o ad anomalie, transitorie o permanenti, e comprendeva l'esistenza o l'evenienza di anomalie, difetti, perdite o mancanze a carico di arti, organi, tessuti, o altre strutture del corpo, incluso il sistema delle funzioni mentali.

La menomazione, quindi, rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e, in linea di principio, riflette i disturbi a livello d'organo o sistema.

Il concetto di *disabilità* era riferito a qualsiasi restrizione o carenza, conseguente ad una menomazione, della capacità di svolgere un'attività nel modo e nei limiti ritenuti normali per ciascun individuo. Venne precisato, inoltre, che quando si parlava di restrizione o di carenza della capacità, si trattava di scostamenti, per eccesso o per difetto, nella realizzazione dei compiti e nell'espressione dei comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso e che tali scostamenti potevano avere carattere transitorio o permanente, essere reversibili o irreversibili, progressivi o regressivi, insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione psicologica ad una menomazione fisica, sensoriale o cognitiva.

La disabilità si riferisce, ancora oggi, a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che, per generale consenso, costituiscono aspetti essenziali della vita quotidiana. Ne sono esempi i disturbi nell'adozione di comportamenti appropriati, nella cura della propria persona, nella funzione locomotoria, ecc.

Con il termine di *handicap* si intendeva, infine, una condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limitava o impediva la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente atteso in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali.

Dopo il 1980 l'ICIDH ha subito alcune revisioni, sfociate nell'ICIDH-2, il cui sottotitolo era "Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità", che enfatizzava l'importanza di concentrarsi non solo sul deficit, ma anche sulle risorse funzionali di tutte le persone affette da qualche patologia. Nella nuova versione dell'ICIDH i termini "menomazione" e "disabilità" rimasero come definizioni "cappello" di tutta la classificazione, mentre il termine handicap fu eliminato per essere sostituito con quello di *partecipazione* e con l'analisi dei *fattori contestuali*.

L'approvazione dell'ICF o Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, ha, di fatto, cancellato l'utilizzo dell'ICIDH dalla pratica e l'OMS ha proposto l'ICF quale strumento standard per misurare il funzionamento, la salute e la disabilità.

L'ICF non è più una classificazione delle malattie, ma diventa una classificazione delle componenti della salute in un dato ambiente.

La *disabilità* viene definita come una interazione fra una condizione di salute ed un ambiente sfavorevole, come la conseguenza, o il risultato, di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali ed ambientali che costituiscono le circostanze in cui l'individuo stesso vive.

L'ICF integra quindi due opposti modelli "storici" della disabilità: quello medico – legale e percentualistico, fondato sul concetto di *invalidità*, e quello medico – sociale e descrittivo, fondato sul concetto di *handicap*.

Il modello medico vede la disabilità come un problema della persona, causato direttamente da malattie, traumi o da altre condizioni di salute che necessitano di assistenza medica sotto forma di trattamento individuale.

La gestione della disabilità mira alla loro cura oppure all'adattamento ad esse da parte dell'individuo attraverso un cambiamento comportamentale; conseguentemente, la risposta istituzionale alla disabilità consiste principalmente nel modificare o nel riformare le politiche di assistenza sanitaria.

Il modello sociale vede la questione come un problema creato dalla società e principalmente nei termini di una piena integrazione degli individui nella società stessa.

La disabilità diventa, di conseguenza, una questione politica e culturale, che riguarda gli atteggiamenti, le ideologie e richiede cambiamenti sociali oltre che una responsabilità collettiva.

Il modello medico, prende in considerazione essenzialmente le *minorazioni* dalle quali le persone sono affette e il giudizio si fonda principalmente sulla diagnosi delle patologie che le ingenerano e sulla valutazione del grado delle minorazioni stesse.

Un'interpretazione simile a quella medica, quella che istituisce il modello di assistenza sociale, considera le invalidità mediche come il risultato diretto dello svantaggio e dell'esclusione, che può essere contrastato mediante sussidi in denaro e altre politiche di assistenza sociale.

Nell'attuale ordinamento, le norme vigenti in materia di invalidità civile vanno annoverate tra quelle in materia di legislazione sociale ed, in particolare, in materia di beneficenza, assistenza e previdenza e, dunque, di sicurezza sociale.

Si è giunti alle norme oggi vigenti prevedendo inizialmente una tutela solo per i soggetti menomati per causa di guerra e, successivamente, una tutela, con conseguenti forme previdenziali, per i soggetti con invalidità di altra origine, con particolare riferimento a quelle contratte per e sul lavoro.

Questo sistema di tutela ha improntato di sé la legislazione vigente tanto che quasi tutte le valutazioni sull'invalidità sono rapportate alla ridotta capacità lavorativa.

Anche l'articolo 38 della Carta Costituzionale, che recita al primo comma "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale", è dettato a tutela dei lavoratori. Da tale articolo deriva un vero e proprio diritto soggettivo all'assistenza economica che si concretizza nell'erogazione di mezzi necessari alla sussistenza.

Una delle prime generalizzate applicazioni del dettato costituzionale si ebbe con la legge n. 625 del 1966, che fissò i requisiti occorrenti per essere riconosciuti destinatari dei benefici in materia di invalidità civile. Tale legge era indirizzata ai motulesi ed ai neurolesi, con esclusione dei minorati psichici, e faceva riferimento alla ridotta capacità lavorativa,

congenita o causata, purché non da motivi di guerra, di lavoro o di causa di servizio. Si trattava di una categoria di menomati che non godevano di altra tutela, dalla quale erano esclusi gli invalidi a favore dei quali provvedevano altre leggi come, ad esempio, quella sui ciechi civili, sui sordomuti, sulla tubercolosi, ecc.

Successivamente, prima con la legge n. 743 del 1969 e poi con la legge n. 118 del 1971 si dettò una disciplina più completa, attraverso la quale si precisarono i requisiti occorrenti per ottenere il riconoscimento dell'invalidità (1) e si fissarono i principi per la formazione delle Commissioni sanitarie provinciali preposte all'accertamento ed i compiti loro affidati (2).

L'approccio basato sulla *menomazione* valuta il grado di disabilità direttamente a partire dalla descrizione delle condizioni mediche di una persona; ad esempio, gradi diversi di perdita della vista o dell'udito, misurati mediante un'attrezzatura tecnica autorizzata, possono direttamente tradursi in un grado di disabilità (approccio a "misurazione diretta").

Tuttavia, nella pratica, è difficile stimare la gravità delle menomazioni di un soggetto senza implicitamente considerare le conseguenze che queste producono sulle attività importanti dell'esistenza. Pertanto, sempre di più *barema*, ossia le tabelle di classificazione internazionale delle menomazioni, utilizzati anche in Italia per determinare le percentuali di invalidità civile, non fanno assoluto riferimento alla misurazione diretta, ma riconoscono anche la considerazione degli *effetti disabilitanti*.

Per ogni menomazione data si può così scegliere fra una gamma di valori che riflettono le differenze di impatto della condizione sulla vita di un individuo; una condizione respiratoria, ad esempio, può essere descritta in termini di effetto sulla mobilità piuttosto che in termini di spostamento di aria dai polmoni.

La diagnosi, da sola, non è più sufficiente a predire quali siano i bisogni di servizi o i livelli di funzionamento di una persona od il suo grado di integrazione.

Per quanto riguarda il modello sociale, le conseguenze delle menomazioni sono descritte essenzialmente in termini di sfere di autonomia.

Nel nostro ordinamento si parla esplicitamente di handicap e di persone handicappate, e non più di minorati, con la legge n. 104 del 1992 (3).

La disabilità, da caratteristica individuale, diventa il risultato di una complessa interazione di condizioni, molte delle quali create dall'ambiente sociale, un problema, quindi, di diritti umani, civili, politici e patrimoniali.

L'accento non è più posto solo sulla riabilitazione dell'individuo, ma sul risanamento di tutta la società di cui lo stesso fa parte, a pieno titolo e a parte intera. Si passa da un "prendersi cura", che rende le persone "pazienti", ad un approccio che le trasforma in "agenti", da una cultura dell'abilitazione ad una fondata sull'autodeterminazione.

Sotto il profilo della valutazione questo comporta il passaggio da una misurazione oggettiva dei danni e delle disfunzioni ad un'analisi della concretezza della persona e della sua collocazione nella quotidianità.

Questo percorso evolutivo prosegue con altre due leggi: la legge n. 68 del 1999 in cui, per la prima volta, si utilizza il termine *disabilità* (4) e, successivamente, con la legge n. 328 del 2000 (5) che prevede dei progetti individuali per le persone disabili che, oltre alla valutazione diagnostico – funzionale, includono :

- prestazioni di cura e di riabilitazione;
- servizi alla persona con particolare riferimento al recupero ed all'integrazione sociale;

- indicazione, a richiesta dell'interessato, dei dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza nella tessera sanitaria;
- un riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo basato sulla riclassificazione delle indennità e degli assegni con forme di sostegno economico strettamente correlate alle condizioni di autonomia e sulla revisione dei criteri e dei requisiti che danno diritto alle prestazioni, tenendo conto dell'accertamento dell'handicap ai sensi della legge n. 104 del 1992 e della Classificazione Internazionale dei Disturbi, Disabilità ed Handicap (ICIDH).

Tale evoluzione sfocia nel 2001 con la definizione dell'ICF, che tenta di pervenire ad una sintesi, in modo da fornire una prospettiva coerente delle diverse dimensioni della salute a livello biologico, individuale e sociale.

La descrizione del funzionamento e della disabilità prende in considerazione tre prospettive differenti: il corpo, la persona e la persona in un contesto.

I fattori contestuali sono quelli che determinano se la persona con una specifica condizione di salute abbia o meno una disabilità.

L'ICF non classifica le persone, ma gli stati di salute ad esse correlati, descrivendo la situazione di ciascun individuo all'interno di una serie di domini che riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni.

Tutte le condizioni di salute vengono a trovarsi sullo stesso piano, senza distinzioni sulle cause e sull'eziologia; al contrario, a parità di patologia, vengono analizzati i contesti familiare, sociale, lavorativo della persona, tutti fattori che possono avere un peso non indifferente sulla qualità della vita.

Le menomazioni possono essere una parte o un'espressione di una condizione di salute, ma non indicano necessariamente la presenza di una malattia o che l'individuo, per questo, debba essere considerato malato.

Il concetto di menomazione è più ampio e comprensivo rispetto a quello di disturbo o di malattia; la perdita di un arto è una menomazione della struttura corporea, non un disturbo o una malattia.

I sintomi, in quest'ambito, non documentano uno stato patologico, ma sono parte delle funzioni corporee, che possono essere utilizzate per prevenire o identificare i *bisogni* delle persone.

L'ICF supera, quindi, i limiti dei modelli precedentemente descritti, secondo i quali lo schema teorico che fonda il concetto di disabilità è consequenziale: se c'è la presenza di una patologia si ha una menomazione quindi una disabilità ed un handicap.

L'utilizzazione dell'ICF permette di evitare una definizione di disabilità a priori e può far cogliere l'aspetto multidimensionale e multifattoriale della disabilità stessa, intesa come decremento nelle funzioni e nelle strutture corporee e come decremento delle capacità e delle performance delle azioni attraverso tutti gli ambiti della quotidianità e della vita.

I fattori ambientali, in questo contesto, diventano la funzione facilitante od ostacolante che il mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti può avere sulle persone. Un ambiente con barriere o senza facilitatori limiterà la performance dell'individuo; altri ambienti, più facilitanti, potranno invece favorirla. La società può dunque ostacolare la performance di un individuo sia creando delle barriere (edifici inaccessibili, atteggiamenti rifiutanti), sia non fornendo facilitatori (mancata disponibilità di ausili, di assistenza adeguata, di accettazione sociale).

## La fonte dei dati ed il periodo di osservazione

In questo complesso contesto normativo e culturale nasce l'esigenza di conoscere il fenomeno della disabilità in Valle d'Aosta. Paradossalmente si è sentita l'esigenza di definire quante fossero le persone disabili nella nostra Regione nel momento in cui si tenta di gettare le basi, nel nostro sistema sociale, di un modello universalistico che non riguarda quindi più soltanto le persone con disabilità, ma che può riguardare tutti, poiché chiunque può trovarsi in una particolare condizione di salute che, in un contesto ambientale sfavorevole, causa disabilità. Ciononostante, poiché l'ICF pone la qualità della vita ed il benessere delle persone affette da una patologia come valori centrali, il primo passo in questa direzione è quello di individuare, accertare e conoscere quante siano le persone disabili in Valle d'Aosta, attraverso un'analisi descrittiva delle diverse tipologie accertate e della loro distribuzione sul territorio regionale.

Per il raggiungimento di questo obiettivo conoscitivo è stata condotta inizialmente una analisi delle diverse banche dati presenti sul territorio, in particolare:

- quella del Servizio Invalidi Civili, denominata ARDI (Anagrafe Regionale Disabili);
- quella creata a supporto dell'attuazione della Legge n. 68 del 1999 per l'integrazione delle persone disabili nel mondo del lavoro, denominata HALPI (Handicap Lavoro Possibile Incontro), che collega fra loro vari uffici e servizi (6) sul territorio regionale;
- quelle dell'INPS, dell'INAIL e dell'INPDAP.

Si è deciso infine di condurre l'analisi a partire dagli archivi informatici del Servizio Invalidi Civili (ARDI), sia perché più facilmente accessibili, sia perché molte delle informazioni contenute nelle altre banche dati sopra menzionate sono in questa ritrovabili.

Al mese di settembre 2004, l'archivio informatizzato ARDI comprendeva circa sedicimila individui che, a seguito dei criteri stabiliti per l'inclusione dei soggetti in questo studio, ha consentito di estrapolare le seimilasettecento ottantotto unità di interesse.

I criteri stabiliti per l'individuazione delle persone disabili in Valle d'Aosta, a partire dall'archivio ARDI, sono stati:

- lo stato in vita (la banca dati comprende anche i deceduti);
- la residenza in Valle d'Aosta (la banca dati comprende anche le schede informatiche concernenti persone emigrate fuori Valle);
- l'aver un'età compresa tra zero e infinito;
- essere in possesso di una percentuale di invalidità certificata superiore al 74%;
- essere riconosciuti invalidi con il 100% di percentuale di invalidità, con o senza accompagnamento;
- essere ciechi civili, assoluti e ventesimisti;
- essere sordomuti;
- avere fatto domanda per l'accertamento dell'handicap ai sensi della Legge n. 104 del 1992 ed avere ottenuto la certificazione di handicap o di handicap in situazione di gravità;
- essere stati valutati disabili dalla Commissione Medico – Sociale preposta, ai sensi della Legge n. 68 del 1999;
- essere minori non deambulanti o con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie all'età, ai quali è stata concessa l'indennità di frequenza;
- avere un'età inferiore ai sessantacinque anni ed avere diritto alla pensione di invalidità civile.

## Il nuovo archivio sulla disabilità

Al fine di pervenire ad un elenco di soggetti disabili, secondo una concezione diversa da quella legata al riconoscimento di invalidità, è stato creato un archivio specifico in cui, per ciascuno dei *seimilasettecento ottantotto* soggetti, sono state raccolte le informazioni utili ad identificare le persone con disabilità, ed in particolare:

- cognome;
- nome;
- tre campi relativi alla possibile disabilità: *cognitiva, fisica, sensoriale*;
- data di nascita;
- codice fiscale;
- sesso;
- codice del comune di residenza;
- codice categoria (invalidi civili, ciechi, sordomuti, ....);
- percentuale di invalidità;
- codice invalidità (pensione, assegno di accompagnamento, indennità di frequenza,.....);
- data dell'eventuale accertamento ai sensi della Legge n. 68 del 1999;
- data dell'eventuale accertamento ai sensi della Legge n. 104 del 1992;
- esito dell'eventuale visita per l'accertamento dell'handicap ai sensi della Legge n. 104 del 1992 (condizione di handicap, condizione di handicap in situazione di gravità);

oltre ad alcune variabili sullo stato civile e sulla professione che, al momento, non hanno un livello di qualità conforme alle esigenze dell'analisi statistica.

Questo archivio ha prodotto alcune modifiche al sistema informativo gestionale ARDI con la creazione di una nuova "finestra", che si configura come la terza pagina della scheda informatica relativa ad ogni utente registrato all'interno del sistema stesso, denominata "Stato di disabilità".

A partire dal mese di settembre 2004 sono state quindi analizzate tutte le schede informatiche, nonché i fascicoli in formato cartaceo relativi a coloro che non sono stati più sottoposti a visita da parte delle Commissioni competenti dopo l'anno 1995, anno in cui si è informatizzato il sistema (7).

Questa analisi ha portato:

- alla cancellazione dei nominativi e dei relativi dati di persone risultanti decedute od emigrate fuori Valle, nonché dei flag inerenti alla stessa in più archivi (ad esempio in quello relativo ai ciechi civili ed in quello concernente gli invalidi civili);
- all'accertamento dello stato di disabilità secondo un approccio non solo riferito allo stato di invalidità (8).

In particolare, si è cercato di analizzare l'insieme dei dati a disposizione affinché la o le disabilità non venissero desunte dall'essere affetti da una o da particolari patologie né dalla percentuale di invalidità correlata alle menomazioni attinenti alle patologie stesse. Allo stesso modo, a parità di patologia, ad esempio sclerosi multipla, non tutte le persone che ne sono colpite sono state considerate disabili dal punto di vista fisico o dal punto di vista sensoriale (per i problemi secondari), ma, dai dati estrapolati soprattutto dall'anamnesi, sono state definite disabili solo le persone per le quali l'essere affette dalla patologia in questione comportava limiti rispetto alla capacità, alla performance ed alla partecipazione.

A seguito di questa valutazione *duemiladuecentodieci* persone sono state considerate *non disabili*, ai sensi degli obiettivi enunciati per questo studio, anche se affette da patologie di particolare gravità e, quindi, con un'alta percentuale di invalidità (ad esempio persone affette da malattie a carico di organi quali cuore, reni, a carico di apparati, respiratorio, circolatorio, presentanti esiti di carcinomi, trattati od operati, persone sieropositive ....). Altre ancora sono state considerate non disabili in quanto la classificazione interna al Sistema ARDI, soprattutto per ciò che concerne il caricamento delle vecchie schede, comprende degli errori relativamente alle classificazioni "psichica intellettiva", concernente le disabilità cognitive, oggetto della nostra ricerca, e "psichica mentale", contenente le patologie relative all'ambito psichiatrico, settore non preso scientemente in considerazione dalla ricerca in oggetto.

Per quanto riguarda le disabilità fisiche, valutando dal punto di vista medico come "fisico" tutto ciò che riguarda organi, strutture od apparati, non si sono potuti tenere per buoni i risultati estrapolati in base ai campi comuni, fra il Sistema ARDI ed il lavoro qui presentato. Per quanto concerne la visione che sta alla base della ricognizione, riconducibile alla logica che sottende all'ICF, biopsicosociale, la disabilità fisica comprende i limiti, le restrizioni, le perdite relativi alle aree della mobilità e della deambulazione, nonché della capacità di gestire, dal punto di vista fisico, le attività correlate alla vita quotidiana ed al proprio ruolo nella società.

Come disabilità sensoriali, invece, non si sono prese in considerazione solo quelle "istituzionalmente" valutate come tali (cecità assoluta, residuo visivo non superiore ad un ventesimo, sordomutismo), ma anche patologie relative alla vista, all'udito o al linguaggio (sordità profonda, ipoacusia bilaterale, glaucoma, afasia ...), il più delle volte causate da degenerazione senile o secondarie ad altri stati patologici, proprio in quanto patologie estremamente disabilitanti, più che dal punto di vista fisiologico, sotto l'aspetto relazionale e della comprensione e relativa gestione del mondo circostante.

Un altro aspetto degno di nota, risultante dai dati emersi da questa prima ricerca, è l'elevato numero di persone con pluridisabilità (cognitive, fisiche e sensoriali, fisiche e cognitive, fisiche e sensoriali, sensoriali e cognitive). Questo dato ci porta a riflettere su quanto sia complesso, sotto il profilo identificativo e classificatorio, il mondo della disabilità, che non solo impone un approccio il più possibile individualizzato, fondato, quindi, sulle esigenze, le necessità, ma anche sui desideri e sulle risorse di ogni singola persona, ma che la complessità individuale affonda le proprie radici in una ancor più vasta complessità eziologica ed ambientale, che bisognerà sempre più prendere in considerazione ed in carico per non creare una scollatura fra il tessuto sociale e le istituzioni.

Compito precipuo di questa prima mappatura delle persone con disabilità residenti in Valle d'Aosta è, infatti, l'individuazione più precisa possibile delle stesse, non certo per etichettarle, ghetizzarle o discriminarle, ma per poter rispondere nel modo più esaustivo alle loro precise e personali necessità, nel pieno rispetto del loro valore e della loro autonomia.

Il nuovo welfare va costruito non più su o per i soggetti formalmente costituiti dal pubblico o dal privato sociale, ma con i cittadini, gli individui e le famiglie, allestendo dei contesti non più solo partecipativi ma concretamente concertativi.

Occorre uscire dal meccanismo stimolo – risposta, i cittadini segnalano un problema e la pubblica amministrazione istituisce un servizio, ma la stessa, accettando, anche, di trasgredire i suoi mandati tradizionali, deve pensarsi come attrice in un nuovo contesto, costruttrice di nuovi legami .....

Per questo ci si augura che i dati contenuti in questa ricerca possano essere un utile strumento per ridefinire ruoli e responsabilità, strumento che funga da facilitatore al servizio del benessere di ognuno, nel pieno rispetto della complessità dei mondi dai quali tutti si è composti .....

## NOTE

1. “...si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da *minorazioni* congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell’assistenza socio – sanitaria e della concessione dell’indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”.
2. “accertare la minorazione degli invalidi e dei mutilati e la causa invalidante nonché valutare il grado di minorazione; valutare se la minorazione può essere ridotta mediante idoneo trattamento di riabilitazione”.
3. “E’ persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla *capacità* complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità”.
4. La disabilità è una condizione accertata a seguito dell’esame della capacità globale, sia attuale che potenziale, della persona e delle conseguenze derivanti dalle minorazioni, in relazione all’apprendimento, alla vita di relazione ed all’integrazione lavorativa.
5. “La Repubblica assicura alle *persone e alle famiglie* un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove servizi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione”.
6. L’Agenzia del Lavoro, l’Ufficio del Lavoro e della Massima Occupazione, i Servizi Sociali del territorio e l’Ufficio Accessibilità dell’Assessorato regionale competente.
7. La banca dati del Servizio Invalidi Civili comprende tutte le persone sottoposte a visita a partire dall’anno 1967.
8. Nonostante il fatto che anche il Servizio Invalidi Civili utilizzi, nel proprio programma, il concetto di “disabilità”, il significato dato fa ancora riferimento al concetto di menomazioni, ad esempio quelle che interessano le limitazioni funzionali degli arti, quelle cardiocircolatorie, quelle neurologiche, quelle psichiche mentali e psichiche intellettive, che implicano un limite per quanto riguarda il funzionamento dal punto di vista delle funzioni e delle strutture corporee, ma, non per questo, in modo automatico, anche un limite od una restrizione dal punto di vista dell’attività e della partecipazione. Solo negli ultimi anni anche l’Ufficio Invalidi, nelle proprie schede informatiche, inizia a tener conto, oltre che delle patologie da cui la persona è affetta, anche dei dati anamnestici e, quindi, del suo modo di stare nel mondo in relazione alle patologie che presenta. Per quanto riguarda le limitazioni funzionali degli arti, viene descritto se la persona utilizza la carrozzella, se deve essere aiutata da una altra persona o da un bastone per i propri spostamenti, se deve essere supportata o se è completamente non autosufficiente per ciò che concerne la gestione delle attività quotidiane; per quanto riguarda le disabilità psichiche intellettive (cognitive) se presenta o meno disorientamento temporale/spaziale, povertà di pensiero, difficoltà di apprendimento.....