

LA VALUTAZIONE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO-LEGALI INTEGRATE: IL RUOLO DEL L'OPERATORE SOCIALE”

DOTT. LUDOVICO CARNILE

PSICOLOGO CLINICO

OPERATORE SOCIALE PRESSO CML CASERTA

UN PO' DI STORIA

Storicamente l'ordinamento giuridico italiano non riconosce un'unica categoria di persone con disabilità e per ognuna di esse sono stati previsti sistemi e procedure di accertamento diversi, come differenti sono i criteri e le tabelle di valutazione, i diritti riconosciuti, le provvidenze economiche e altri benefici specifici.



Nella legislazione italiana la definizione stessa di invalidità non è univoca; esistono infatti ad esempio un'invalidità Inail e un'invalidità civile, con requisiti giuridici differenti. Ogni norma quindi determina una serie di diritti vincolati al tipo di riconoscimento e richiede una valutazione apposita.



IL CONCETTO BIO-PSICO-SOCIALE DI SALUTE

Nell'ottica introdotta dal legislatore con la legge n. 104/92 e con la legge n. 68/99 l'handicap e la disabilità non sono la caratteristica di un individuo, ma piuttosto una complessa interazione di condizioni, molte delle quali sono create dall'ambiente sociale, tra cui ad esempio le limitazioni dell'attività e le restrizioni della partecipazione. Il concetto di handicap non può prescindere dal riferimento all'ambiente di vita della persona e alla sua capacità di adattarsi e interagire alle situazione più disparate.



IL CONCETTO BIO-PSICO-SOCIALE DI SALUTE

Già nel 1986 L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), durante il Congresso internazionale sulla promozione della salute tenutosi a Ottawa, ha approfondito il concetto di salute affermando quanto segue:

“Per conseguire uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare la proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi.”



IL CONCETTO BIO-PSICO-SOCIALE DI SALUTE

La salute viene quindi vista come risorsa di vita quotidiana, in un'ottica che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche.

La promozione della salute non è perciò responsabilità esclusiva del settore sanitario.”

(Cfr. Consolini C., “Bioetica, diritti umani e disabilità”, in Saggi Child Development & Disabilities, n°2/2002, p.22).



L'OPERATORE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER LA L. 104/92 E L. 68/99

Gli operatori sociali svolgono la loro attività all'interno delle Unità Operative di Medicina Legale e sono membri effettivi delle Commissioni medico-legali integrate come disciplinato dalla legge n. 104/1992 e dalla legge n. 68/1999



L'OPERATORE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER LA L. 104/92 E L. 68/99

Il compito dell'operatore sociale all'interno di tali Commissioni è quello di contribuire all'analisi della situazione e alla valutazione degli elementi che determinano la condizione di handicap e/o disabilità, nonché delle ricadute sugli aspetti di relazione, autonomia e partecipazione alla vita sociale.



L'OPERATORE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER LA L. 104/92 E L. 68/99

Lo specifico professionale è quindi quello di valutare, una volta acquisita cognizione della menomazione dal punto di vista strettamente medico-sanitario, quanto ciò incida sulla capacità di apprendimento, di integrazione lavorativa e di relazione della persona, determinando sostanzialmente una condizione di svantaggio socio-culturale.



L'OPERATORE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER LA L. 104/92 E L. 68/99

L'operatore sociale deve dunque concentrarsi non tanto sulle limitazioni derivanti dalla patologia, quanto piuttosto sulle capacità che la persona può ancora mettere in gioco e su quelle che, seppur compromesse, possono essere adeguatamente recuperate e valorizzate; di conseguenza deve agire affinché la valutazione dello svantaggio sociale contenga anche elementi di indicazione per contrastarlo in termini di intervento e progetto globali e personalizzati.



L'OPERATORE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER LA L. 104/92 E L. 68/99

Si tratta in sostanza di un mandato peritale che deve tener conto dell'integrazione e interrelazione tra gli aspetti sanitari e quelli sociali e proprio per questo motivo nelle Commissioni di accertamento dell'handicap e della disabilità sono stati previsti il medico esperto e l'operatore sociale, figura la cui utilità non viene valorizzata in tutte le realtà e in un modo che consenta di evidenziare le ricadute sociali sul contesto di vita e socio-relazionale della persona.



L'OPERATORE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER LA L. 104/92 E L. 68/99

Per quanto riguarda la valutazione dell'handicap e della disabilità e in particolare la valutazione sociale, va rilevato che mentre rispetto al riconoscimento dell'invalidità civile la Commissione medico-legale è dotata di strumenti di valutazione definiti a norma di legge in base ad apposite tabelle emanate con Decreto Ministeriale 5 febbraio 1992 ("Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti"), che recepisce la tabella delle menomazioni proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per l'accertamento dell'handicap e della disabilità non ci sono strumenti codificati dalla legge.



L'OPERATORE SOCIALE NELLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER LA L. 104/92 E L. 68/99

In conclusione si ritiene che l'accertamento medico legale non debba essere solo un passaggio finalizzato ad ottenere eventuali benefici anche di tipo economico bensì il processo valutativo dovrebbe rappresentare l'opportunità per indirizzare la persona con disabilità attraverso la rete dei Servizi e accompagnarla in un percorso di recupero, riabilitazione, integrazione sociale, attraverso i Servizi presenti sul territorio, in un'ottica di presa in carico globale ed empowerment. (Empowerment significa letteralmente acquisizione di potere; "è un processo che, dal punto di vista di chi lo esperisce (self-empowerment), significa sentire di avere potere o sentire di essere in grado di fare.



Certificazione collegiale del handicap e della disabilità

Indicazioni, prospettive e limiti

HANDICAP

“ Non siamo in presenza di una categoria clinica ben precisata, ma di una generalizzazione approssimativa”
(Vianello,1999)

HANDICAP IL SIGNIFICATO ETIMOLOGICO

- Il termine Handicap deriva dall'inglese Hand in Cap, mano nel cappello, indicando quel rituale del sorteggio della posizione di partenza dei cavalli allo starter nelle corse al trotto inglesi (venivano messe le monete del sorteggio nel cilindro). Dopo aver sorteggiato la posizione di partenza dei vari cavalli non infrequentemente si riteneva di rendere più leale (ma soprattutto più interessante!) la gara attardando di alcuni mt. i cavalli più forti che vincevano regolarmente la gara.

Il termine svantaggiato deriva pertanto dal fair play britannico. Nella metafora comune designa (rigorosamente alla rovescia) lo svantaggio di posizione delle persone più deboli nella corsa della vita.

Art. 3 Legge 104/92

“Persona in situazione di handicap: è colui che presenti una minorazione”

- fisica e/o
 - psichica e/o
 - sensoriale
- stabilizzata o progressiva

Che è causa di difficoltà di

- apprendimento
- evoluzione
- integrazione lavorativa

Tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

INVALIDITA' CIVILE

- L'Art.2 legge 30 marzo 1971 n.118(modificata dal decreto legislativo 509/1988) considera invalidi civili i cittadini di età compresa tra 18 e 65 anni affetti da minorazioni (congenite e acquisite) che abbiano subito una diminuzione della capacità lavorativa non inferiore a 1/3. Se minori di anni 18 o maggiori di anni 65 possono essere dichiarati invalidi civili i cittadini che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Le minorazioni e menomazioni, a qualunque età, devono comportare danno funzionale permanente.

La capacità lavorativa

LE CERTIFICAZIONI COLLEGIALI E MONOCRATICHE DI HANDICAP E DI INVALIDITA' CIVILE NON SONO LA STESSA COSA.

- La dottrina e la giurisprudenza distinguono la capacità lavorativa in due categorie: generica e specifica. La capacità generica è tipica di ciascun soggetto, anche non lavoratore, la capacità lavorativa specifica appartiene a soggetti in età lavorativa particolarmente qualificati.
- L'handicap di cui alla Legge 104/92 misura il funzionamento della persona indipendentemente dalla capacità lavorativa (generica e/o specifica). La legge 104 consente di ottenere l'accertamento di handicap anche indipendentemente dalla IC.

INFERMITA' MENOMAZIONE HANDICAP

- Si definisce infermità (minorazione o menomazione) la malattia o la lesione fisica o psichica (congenita o acquisita) che riguarda una o diverse funzioni ed organi.
- Minorazione è un minus di una o più funzioni che ha effetti sulla capacità lavorativa (generica o specifica del soggetto) e/o sulla sua vita sociale e di relazione.
- Per la Legge 104 del 1992 Handicap è la sopravvenuta difficoltà a causa di minorazioni a manifestare abilità già possedute e a conseguire di nuove. Può giungere sino alla completa incapacità a compiere azioni o attività precedentemente svolte dalla persona o nuove, tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

La condizione di persona handicappata

- L'Art. 3, C1, legge 104/1992 definisce handicappata la persona 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.

INVALIDITA ED HANDICAP

IL PROCEDIMENTO DI IC QUANTIFICA E CERTIFICA LA RIDUZIONE DELLA CAPACITA' LAVORATIVA GENERICA CHE E' CONSEGUENZA DELLE MINORAZIONI O MENOMAZIONI.

IL PROCEDIMENTO DI HANDICAP INDIVIDUA E CERTIFICA LE CONSEGUENZE DELLE MINORAZIONI SULLE CAPACITA DI APPRENDIMENTO, DI RELAZIONE E DI INTEGRAZIONE LAVORATIVA INDIVIDUANDO (SE PRESENTE) LO SVANTAGGIO SOCIALE.

CLASSIFICAZIONE DELLA ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' ICIDH (OMS)

- 1975 – Viene proposta una classificazione delle conseguenze delle malattie.
- 1980 – Viene pubblicata International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.

Introduce la distinzione tra
Menomazione, Disabilità ed Handicap.

LA CLASSIFICAZIONE ICDH

- **MENOMAZIONE:** MINORAZIONE O PERDITA DI UNA STRUTTURA ANATOMICA O DI UNA FUNZIONE FISICA O PSICHICA.
- **DISABILITA':** GRADO DI DISFUNZIONE CHE LA PERSONA PRESENTA IN CONSEGUENZA DELLA MINORAZIONE FISICA, PSICHICA O SENSORIALE..
- **HANDICAP:** SVANTAGGIO SOCIALE CHE PUO ESSERE DEFINITO AI SENSI LEGGE 104/92 E CHE PUO SPINGERSI FINO ALLA TOTALE EMARGINAZIONE DELLA PERSONA DISABILE.
- LA SEQUENZA MENOMAZIONE → DISABILITA → HANDICAP NON E' AUTOMATICA POTENDO RISULTARE MENOMAZIONE → HANDICAP SENZA LA MEDIAZIONE DELLO STATO DI DISABILITA' (ICIDH). IN QUESTO CASO LA LEGGE 104/92 NON PREVEDE L'ATTRIBUZIONE DELLA CONDIZIONE DI HANDICAP.

LIMITI DELLA CLASSIFICAZIONE ONU ICIDH

- CONSIDERA DISABILITA' FATTORE STATICO E NON DINAMICO
- RIGIDITA DELLA SEQUENZA **MENOMAZIONE** → DISABILITA → **HANDICAP** CHE PUO ESSERE INTERROTTA QUANDO LA PERSONA MENOMATA O MINORATA NON E' DISABILE.
- CONSIDERA SOLO I FATTORI PATOLOGICI E IGNORA QUELLI AMBIENTALI (A VOLTE DETERMINANTI NEL PRODURRE DISABILITA E HANDICAP).

ICF

- Dopo nove anni di revisioni coordinate dall'OMS, nel maggio 2001 la 54^o Assemblea Mondiale della Salute approva la **classificazione del funzionamento, della disabilità e della salute** (International Classification of Functioning Disability and Health - ICF). Integra le precedenti classificazioni ICIDH-1 e ICIDH-2 e contestualizza le diverse componenti della salute, del funzionamento e della disabilità.

ICF 2001 CAMBIA LA PROSPETTIVA

- **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE** DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE DELLA PERSONA ED INDIPENDENZA RISPETTO ALLE DISFUNZIONI DA CAUSE PATOLOGICHE.
- **ABBANDONA** I TERMINI MENOMAZIONE, DISABILITA ED HANDICAP E LI SOSTITUISCE CON QUELLI DI STRUTTURE CORPOREE, ATTIVITA E PARTECIPAZIONE.
- CON LA **CLASSIFICAZIONE ICF** LO SVANTAGGIO SOCIALE (HANDICAP) PUO DERIVARE ANCHE DALLA INTERAZIONE DI UNA PERSONA NON AFFETTA DA MINORAZIONI O MENOMAZIONI CON L'AMBIENTE (NON RIGUARDA LA COMPETENZA DELLA LEGGE 5.2.1992, N. 104).

1. Fornisce una base scientifica per la comprensione delle condizioni di *salute*
2. Fissa un linguaggio comune e migliora la comunicazione tra esperti e utenti
3. Permette a livello mondiale il confronto i dati ed esperienze
4. Favorisce un sistema organico di interazione fra gli organismi che si occupano di condizioni di salute

Quali i vantaggi dell'ICF?

CLASSIFICAZIONE ICF FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA NEL CONTESTO DI VITA

- ESAMINA STRUTTURE CORPOREE (ORGANI E STRUTTURE ANATOMICHE IN GENERE).
- ESAMINA FUNZIONI FISILOGICHE ESPLETATE DA ORGANI E STRUTTURE CORPOREE.
- ESAMINA FATTORI AMBIENTALI (AMBIENTE FISICO E SOCIALE).
- ESAMINA FATTORI PERSONALI (CAPACITA DI INTERAZIONE DELLA PERSONA CON L'AMBIENTE FISICO E SOCIALE).

TUTTI I FATTORI INTERAGISCONO TRA LORO.

- Ha un'applicazione ampia e universale → *funzionamento umano* (**salute**) e le sue *restrizioni* (**malattia**)
- La *salute* risulta da un'**interazione complessa** tra condizioni fisiche e fattori contestuali (ambientali e personali)
- SOSTITUISCE I termini con connotazione negativa *disabilità* ed *handicap* con → *attività e partecipazione sociale*
- Non vi è relazione lineare tra le dimensioni, ma interazione complessa tra di esse
- Le dimensioni (funzioni corporee, attività personale, partecipazione sociale) possono essere analizzate indipendentemente.

Quali le differenze sostanziali?

DIFFERENZE TRA ICIDH E ICF

- **ICIDH VALUTAVA LA DISABILITA PARTENDO DALLA MENOMAZIONE.**
- **ICF VALUTA LE ABILITA FUNZIONALI SOSTITUENDO IL CONCETTO DI GRADO DI DISABILITA CON QUELLO DI GRADO O SOGLIA DI FUNZIONAMENTO.**
- **ICIDH VALUTAVA LA DISABILITA, ICF MISURA IN GRADI LA FUNZIONALITA ED E' APPLICABILE A QUALSIASI PERSONA. INDIVIDUA IL GRADO DI DIFFICOLTA, DISATTIVITA O L'IMPOSSIBILITA DI REALIZZARE UN RUOLO SOCIALE NORMALE IN RELAZIONE ALLE ASPETTATIVE DI ETA', SESSO E CONTESTO SOCIO-CULTURALE.**

ICF :UN MODELLO UNIVERSALE DI FUNZIONAMENTO

- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) completa la classificazione ICD-10 che contiene informazioni sulla diagnosi e sull'eziologia della patologia. **ICF non contiene riferimenti alla malattia ma si riferisce al solo funzionamento. ICD-10 e ICF usati in modo complementare forniscono un quadro globale della malattia e del funzionamento dell'individuo.** ICF è strutturato in 4 componenti principali:
 - 1) Funzioni corporee
 - 2) Strutture corporee
 - 3) Attività secondo capacità e performance
 - 4) Fattori ambientali

DEFINIZIONE GRADO DI DISABILITA ANTIQUATA ADESSO SI PARLA DI GRADO DI FUNZIONALITA'

Qualsiasi persona durante l'esistenza attraversa un disfunzionamento senza per questo essere disabile. Disabilità è la difficoltà persistente e marcata (che può giungere sino alla compromissione) della capacità di compiere un'azione o un'attività in modo normale e tale da provocare svantaggio sociale o emarginazione nel lavoro o nella vita sociale o di relazione. Secondo l'Art. 3 comma 1 della Legge 5.2.1992, n. 104 è da considerarsi portatore di handicap colui/colei **che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale stabilizzata o progressiva che diventa causa di svantaggio sociale o di emarginazione.**

**PER LA LEGGE 104/92 CIO' CHE
CONTA E' LA MINORAZIONE
FISICA PSICHICA O
SENSORIALE**

STABILIZZATA O PROGRESSIVA

**CHE DETERMINA SVANTAGGIO
SOCIALE O EMARGINAZIONE**

Menomazione, Disabilità ed Handicap non sono sinonimi.

- 1° ESEMPIO: CATARATTA NON OPERABILE +
RETINOPATIA **DISABILITA' VISIVA HANDICAP**

- 2° ESEMPIO: CATARATTA OPERABILE + MODERATA
RETINOPATIA MENOMAZIONE **NON DISABILITA
E NON HANDICAP.**

DIVERSAMENTE ABILI O DISABILI ?

Le classificazioni ICIDH (1 e 2) e ICF codificate da 192 governi mondiali **non sembrano aver ancora apportato una visione globale al problema della disabilità e del handicap**. Nel 2007 è stata promulgata la Convenzione ONU, sui diritti delle persone con disabilità, che si richiama alla Dichiarazione Universale Dei Diritti Umani: non discriminazione, integrazione, pari opportunità, accettazione delle diversità dei disabili, accessibilità senza barriere architettoniche, eguaglianza, rispetto dell'identità individuale e delle età. Manca ancora una definizione universale del concetto di disabilità. Nonostante l'adozione (dodici anni addietro) della ICF (l'Italia ha recepito la Convenzione con legge n. 18 del 3.3. 2009) **la definizione internazionale di disabilità non è univoca.**

Riflessione Didattica 1

Minorazione Disabilità Handicap

**ADOLESCENTE FORTEMENTE MIOPE CON OCCHIALI
SPESSI E VISTOSI V.C. 10/10**

**NELL'AMBITO DELLA CLASSE SCOLASTICA E' TIMIDA
VIENE DERISA E ISOLATA DAI COMPAGNI CHE
SI COALIZZANO PER METTERLA IN
DIFFICOLTA.**

INVALIDITA CIVILE O HANDICAP?

NON
INVALIDITA

NON
HANDICAP

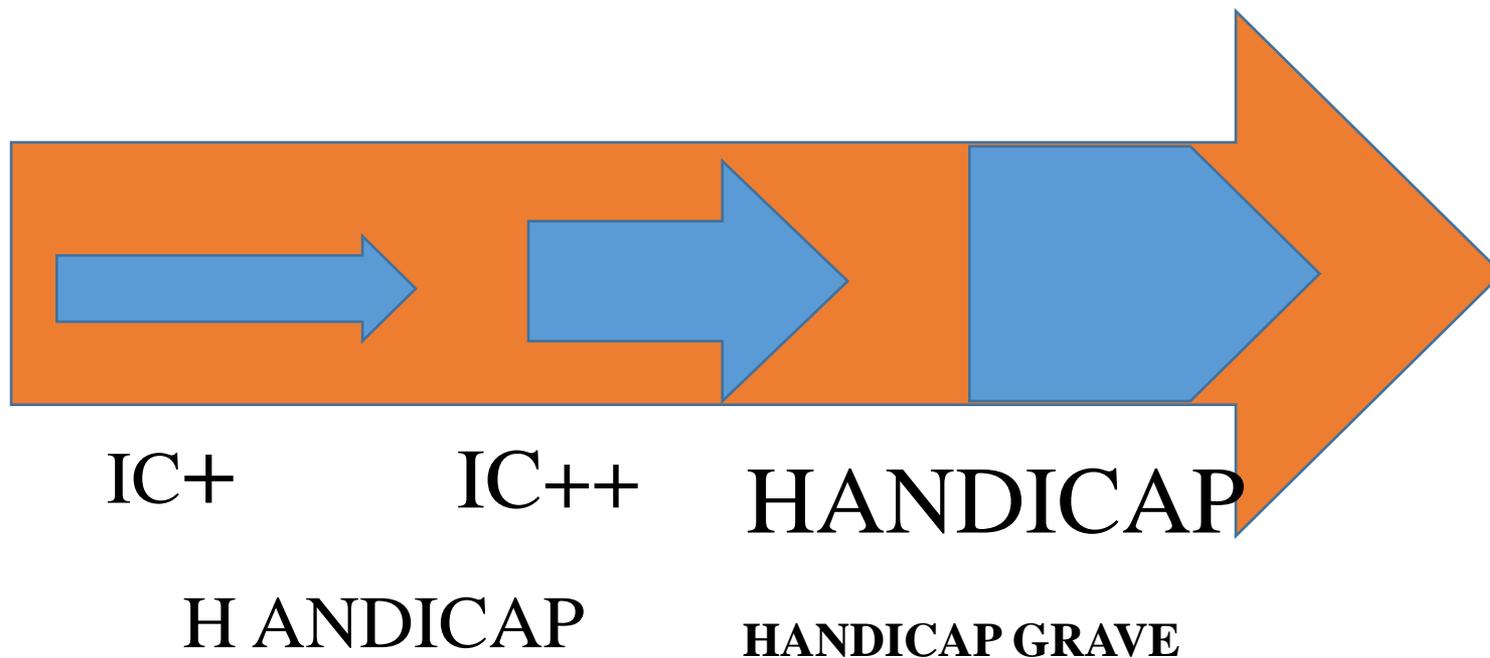
Infatti riduzione capacità lavorativa rimane in soglia di franchigia (1-33%) e non sussiste svantaggio sociale né emarginazione.

Riflessione Didattica 2

Minorazione Disabilità Handicap

**ULTRA 65ENNE MIOPE CON MACULOPATIA
DEGENERATIVA PROGRESSIVA (V.C. 5/10 IN
OO) MODERATO DEFICIT CAMPIMETRICO.
DIFFICOLTA A LEGGERE, GUARDARE LA TV,
GUIDARE, FARE LAVORI DOMESTICI.**

INVALIDITA CIVILE O HANDICAP ?



Incremento progressivo dell'ipovisione e dell'incapacità lavorativa fino all'abolizione della funzione. Dalla IC con svantaggio sociale (Handicap) all'inabilità, alla cecità e all'emarginazione (cecità ed H grave).

IMPLICAZIONI PER L'INTERVENTO ASSISTENZIALE

- **ANALIZZARE E VALUTARE IL FUNZIONAMENTO DELL'INDIVIDUO.**
- ANALIZZARE E VALUTARE IL SUO CONTESTO DI VITA (CONDIZIONI FISICHE E SOCIALI).
- ANALIZZARE E VALUTARE IL CONTESTO DI INTERAZIONE PERSONALE E SOCIALE LUNGO TUTTO L'ARCO DELL'ESISTENZA (NON SOLO NELL'ULTIMO PERIODO).
- VALUTARE LA POSSIBILITA' DI UN PROGETTO DI RECUPERO PARAMETRATO ALLA CONDIZIONE SOGGETTIVA DELLA PERSONA NELL'INTERA ESISTENZA.

SVANTAGGIO SOCIALE

**CONDIZIONE DI
PARTENZA O DI
ARRIVO?**

LE ABILITA' FONDAMENTALI DI BASE

- Recita un vecchio proverbio cinese (Guanzi,c.645BC):
- Quando programmate per un anno, piantate il grano.
- Quando programmate per un decennio, piantate gli alberi.
- Quando programmate per la vita, educate e formate le persone.

APPRENDIMENTO E ABILITA' DI BASE.

- **L'apprendimento permanente abbraccia qualsiasi tipo di età e consente alle persone di essere cruciali nella società in cui vivono**, contribuendo all'integrazione sociale e alla promozione della salute fisica e psichica, al fine del mantenimento o dell'acquisizione del benessere. Occorrono **motivazioni e voglia di superare difficoltà e ostacoli**. Sfortunatamente, a un numero sempre maggiore di persone mancano le abilità di base. **Non le sviluppano nelle prime fasi evolutive oppure risultano deboli nel corso della loro vita.**

SVANTAGGIO SOCIALE

- Le persone socialmente svantaggiate sono deficitarie nelle abilità di base. Ancor di più **la mancanza di abilità di base è un forte ostacolo alla possibilità di intraprendere percorsi di apprendimento**. Le condizioni di vita, il modo in cui la società è organizzata, le regole che la governano, le circostanze e le condizioni esterne, sono fattori importanti per l'integrazione dell'individuo nella società. Le abilità personali, sociali e di auto-gestione influenzano la motivazione a imparare e interagire nell'ambiente di vita. L'inserimento dei portatori di handicap è un processo di integrazione sociale.

INSERIMENTO E REINSERIMENTO SOCIALE

- **L'INSERIMENTO** DEI PORTATORI DI HANDICAP E' OGGI IL PROBLEMA SOCIALE PIU' DELICATO.
- E' DI FONDAMENTALE IMPORTANZA ASSICURARE AL MAGGIOR NUMERO DI PERSONE CONDIZIONI DI **INSERIMENTO E DI INTEGRAZIONE SOCIALE** (AFFINCHÉ VENGA ELIMINATA QUALUNQUE DISCRIMINAZIONE) IN UNA SOCIETÀ SEMPRE PIU' MULTIETNICA.
- PARALLELO AL PROBLEMA DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E' IL PROBLEMA DEL **REINSERIMENTO** DEI SOGGETTI IN DIFFICOLTA'.
- MENTRE IL PROCESSO DI **INTEGRAZIONE SOCIALE** MIRA ALL'INSERIMENTO DELLE DIVERSE IDENTITÀ IN UN UNICO CONTESTO, ALL'INTERNO DEL QUALE NON SIA PRESENTE ALCUNA DISCRIMINAZIONE, **L'INCLUSIONE SOCIALE** MIRA AL MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO DEL SISTEMA ATTRAVERSO COOPERAZIONE SOCIALE E COORDINAMENTO TRA RUOLI E ISTITUZIONI.

LA MOTIVAZIONE DELL'INDIVIDUO

- E' un'interazione complessa di processi emozionali e cognitivi. L'individuo valuta le proprie abilità e risorse in relazione alle richieste dell'ambiente e misura le prospettive di successo di possibili azioni (auto-efficacia) al fine di implementare compiti e progetti con successo. L'auto-efficacia è correlata all'autostima e differisce marcatamente da una persona all'altra. Saper mettere in pratica l'azione e **mantenere la motivazione** durante il processo di implementazione sono aspetti dimensionali della sfera volitiva.

L'APPRENDIMENTO PRODUTTIVO

“Non possiamo insegnare nulla alle persone; possiamo solo aiutarle a scoprire le cose da loro stesse”

Galileo Galilei (1564 –1642)

- Nella vita si impara soprattutto dall'esperienza nelle diverse situazioni.
- Tutti i processi di apprendimento sono messi al vaglio e ponderati nel corso dell'esistenza effettivamente svolta.
- La comprensione viene sviluppata con l'esperienza pratica.
- Alla fine si ha implementazione delle abilità, miglioramento dei processi di apprendimento e quindi delle performance cognitive.

L'APPRENDIMENTO PERMANENTE

- Gli adulti in svantaggio socio-culturale accedono raramente alle offerte di programmi di educazione riservati alla loro fascia d'età. Ricerche americane dimostrano che l'educazione per adulti offre prevalentemente programmi di alta qualità e non permette a chi ha una bassa qualifica di migliorare la propria funzione sociale. L'educazione è così appannaggio di adulti giovani già in possesso di alta qualifica di istruzione e di un elevato stipendio.

I GRUPPI PIU' SVANTAGGIATI

- L'americano McGivney nel 1993 ha identificato i seguenti gruppi di individui che non sono coinvolti nell'apprendimento permanente.
- Bassa istruzione scolastica.
- Poche abilità di base e stipendi bassi.
- Lavoratori senza qualifica.
- Minoranze etniche.
- Adulti più anziani.
- Mamme con figli piccoli.
- Individui con disabilità fisiche o mentali.
- Individui provenienti da regioni povere o rurali.

CHI E' IN GRADO DI RECUPERARE ABILITA' SOCIALI

- **Sono in grado di migliorare le abilità coloro che:**
- Lavorano da soli e in gruppo;
- Sono in grado di ricevere e dare risposte;
- Sono in grado di gestire conflitti in senso costruttivo;
- Sono in grado di identificare risorse e ostacoli;
- Sono in grado di portare avanti un programma di lavoro;
- Sono in grado di fare un percorso step by step;
- Sono in grado di mantenere la motivazione.

SALUTE DISABILITA HANDICAP

**LA SALUTE E' UNA CONDIZIONE DI BENESSERE FISICO E SOCIALE E NON SOLO
ASSENZA DI MALATTIA**

**I FATTORI DA CUI DIPENDONO LE INTERAZIONI COMPLESSE E LE PERFORMANCE
DELL'INDIVIDUO SONO PERSONALI E AMBIENTALI**

**PER UNA SUFFICIENTE PERFORMANCE FUNZIONALE OCCORRONO SUFFICIENTI
CAPACITA' COGNITIVE E COMUNICATIVE**

**QUELLO CHE INTERESSA LA LEGISLAZIONE ITALIANA E' IL MINORATO FISICO,
PSICHICO O SENSORIALE SOCIALMENTE SVANTAGGIATO O EMARGINATO.**

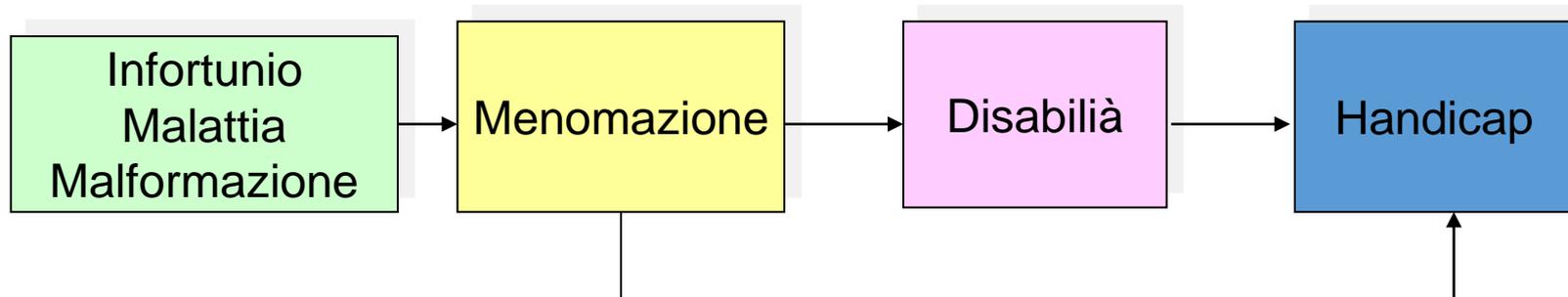
LEGGE 5.2.1992 N. 104.

Handicap e svantaggio includono

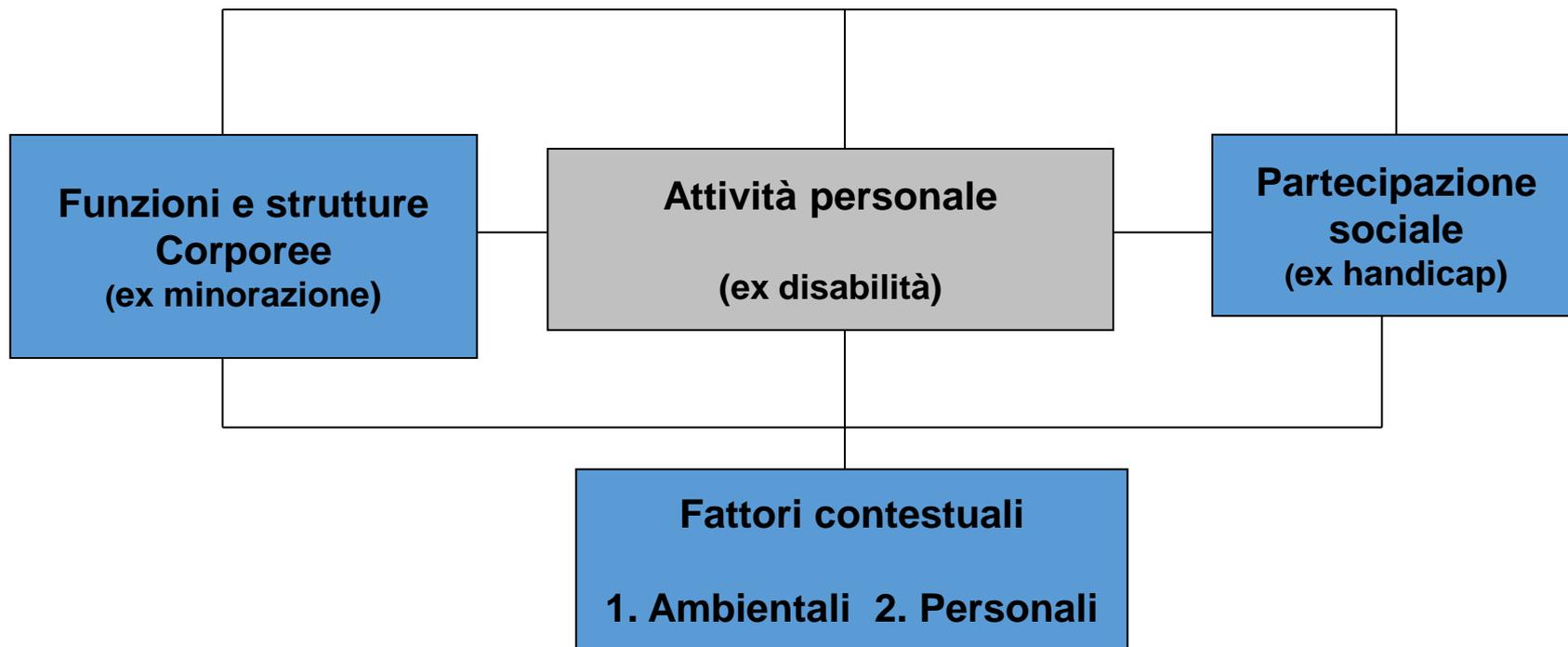
Condizioni ed eventi che inibiscono in varia misura le opportunità di apprendimento, di pratica, di assimilazione di nuove forme di comportamento. Alcuni individui sono ritardati soprattutto a causa di fattori patologici organici. Altri soprattutto per l'azione di condizioni socioculturali, molti altri ancora per gli effetti di entrambi.

(Bijou e Dunitz-Johnson, 1981)

L'HANDICAP ICDH-10 PRIMA DI ICF



Condizione di salute



E DOPO ICF

Disabilità Secondo Classificazioni ICDH

Limitazione o perdita, conseguente a minorazione o menomazione, della capacità di compiere attività nel modo e con l'ampiezza considerate normali

Handicap Classificazioni ICDH

Condizione di svantaggio sociale o emarginazione conseguente a disabilità o minorazione

Disabilità Secondo Classificazione ICF

Ci si riferisce a un disturbo di strutture o funzioni senza rapportarlo a uno stato considerato di salute

- **ICF - Funzioni corporee**
- Funzioni mentali
- Funzioni sensoriali e dolore
- Funzioni della voce e dell'eloquio
- Funzioni del sistema cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio
- Funzioni del sistema digestivo, metabolico e endocrino
- Funzioni genitourinarie e riproduttive Funzioni neuromuscoloscheletriche e collegate al movimento
- Funzioni cute e strutture associate

- **ICF - Strutture corporee**
- Strutture del sistema nervoso
- Occhio, orecchio e strutture collegate
- Strutture collegate alla voce e all'eloquio
- Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e respiratorio
- Strutture collegate al sistema digestivo, metabolico e endocrino
- Strutture collegate al sistema genitourinario e riproduttivo
- Strutture collegate al movimento
- Cute e strutture collegate

ICF - Attività e partecipazione

- Apprendimento e applicazione della conoscenza
- Compiti e richieste di carattere generale
- Comunicazione
- Mobilità
- Cura della propria persona
- Vita domestica
- Interazioni e relazioni interpersonali
- Principali aree della vita
- Vita di comunità, sociale e civica

ICF - Fattori ambientali

- Prodotti e tecnologia
- Ambiente naturale e cambiamenti apportati dall'uomo all'ambiente
- Supporto e relazioni
- Atteggiamenti
- Servizi, sistemi e politiche

- Le **funzioni corporee** sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche. Le **strutture corporee** sono parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti. **Attività** è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. **Partecipazione** è il coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita. I **fattori ambientali** sono caratteristiche, del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti, che possono avere impatto sulle prestazioni di un individuo in un determinato contesto

- Ad ogni livello di classificazione è associata una sigla.
- Così, ad esempio, **la classificazione b11420** viene inserita nella seguente gerarchia di livelli:
- **b** Strutture corporee
- **b1** Funzioni mentali
- **b11** Funzioni mentali globali
- **b114** Funzioni dell'orientamento
- **b1142** Orientamento alla persona
- **b11420** Orientamento a se stessi
- e ad essa è associata la definizione funzioni mentali che producono la consapevolezza della propria identità.

SVANTAGGIO SOCIALE: PROCESSO STATICO O DINAMICO ?

- **Numerose ricerche e studi dimostrano che lo svantaggio sociale E' UN PROCESSO DINAMICO di perdita crescente, simile a una spirale, in cui diversi fattori si accumulano e interagiscono nel tempo rafforzandosi reciprocamente.**
- **Compito della famiglia e più in generale della società è quello di aiutare lo svantaggiato (che sia ancora dotato di un sufficiente residuo cognitivo) a migliorare la sua condizione e possibilmente sfuggire allo svantaggio prendendo decisioni ed effettuando cambiamenti, acquisendo nuovi mezzi e capacità per affermare i suoi diritti, interessi e prerogative.**

CAUSE DI SVANTAGGIO SOCIALE

- **Fattori economici** (disoccupazione, instabilità economica, bassa qualità della vita lavorativa).
- **Fattori culturali** (deprivazione di risorse cognitive, disuguaglianze, barriere di accesso a sistemi educativi, comunicazione e informazione, discriminazione o emarginazione di gruppi etnici e popolazioni con culture diverse).
- **Fattori politici** (mancato accesso ai diritti civili e politici, a diritti e garanzie sociali quali la salute, l'educazione e la sicurezza).
- **Disabilità fisiche e/o psichiche**, appartenenza di genere, età infantile o senile, comunità povere.

Alzheimer ed Handicap

- La caratteristica dei pazienti AD. è il declino progressivo delle abilità cognitive.
- Le dizioni diagnostiche AD, s.dementigena, demenza senile tipo Alzheimer, ecc. **non sono sinonimi di contestuale perdita della autonomia** o della capacità di intendere e/o di volere.
- E' opportuno per diversi motivi che **non appena venuto a conoscenza di diagnosi AD il MMG** solleciti il paziente o la famiglia ad **avviare le procedure per la nomina di un AS** (legge 9.1.2004, n.6), di solito individuato dal Giudice Tutelare in una **persona stabilmente convivente col malato. La durata massima dell'AS è di 10 anni.**
- L'AS può essere trasformato dal Giudice Tutelare in Tutore o Curatore in qualsiasi momento ciò diventi necessario.

Un esempio su cui riflettere

Persona anziana di anni 92, tutto sommato in discrete condizioni nonostante età anagrafica avanzata. Viene **trascurata** dai due figli (maschi) entrambi pensionati, che pur vivendo nelle loro case da soli (con le rispettive coniugi) non sono disponibili ad ospitare a turno in casa loro l'anziana madre. Che un bel di **decide di dare un calcio alla solitudine** e di andare a vivere alla RSA Fondazione Turati. La retta giornaliera per autosufficienti costa 60 €, i figli chiedono l'indennità di accompagnamento e il medico, *ad abundantiam*, formula la doppia richiesta (IC/H).
Vediamo che cosa è successo.

DIRITTO AL LAVORO DISABILI 1

- Valuta le capacità residue in relazione alla disabilità e ove necessario suggerisce percorsi di formazione o inserimento protetto. Il collocamento diventa “mirato, analizza le “abilità” residue “impiegabili” della persona e **non la disabilità in se stessa.**
- La CM Legge 68 procede alla valutazione dell’handicap partendo dal **requisito percentuale di IC, non sufficiente se non sussiste anche la condizione di Handicap.**
- C.M. Legge 68 **può rimettere in discussione la quantificazione percentuale dell’incapacità lavorativa** se non più corrispondente. Può non ravvisare handicap secondo quanto stabilito dalla L.104/1992 (mancanza di svantaggio sociale/emarginazione). In tal caso **l’iscrizione dell’invalido civile (non disabile lavorativo) al CPI diventa inefficace.**

DIRITTO AL LAVORO DISABILI 2

- LA LEGGE 104/92 PROMUOVE L'INSERIMENTO E L'INTEGRAZIONE LAVORATIVA DELLE PERSONE DISABILI NEL MONDO DEL LAVORO.
- IL DIRITTO ALL'INSERIMENTO RIGUARDA I PORTATORI DI MINORAZIONI FISICHE, PSICHICHE O SENSORIALI CON UNA RIDUZIONE DELLA CAPACITA' LAVORATIVA SUPERIORE AL 45%.
- SI APPLICA ANCHE A CIECHI ASSOLUTI, VENTESIMISTI E DECIMISTI E AI SORDOMUTI PRELINGUALI.
- L'ACCERTAMENTO DELLA DISABILITA' E' EFFETTUATO DALLE CM IC INTEGRATE DA UN ESPERTO DEL CASO E UN OPERATORE SOCIALE NEI RIGUARDI DI INVALIDI CIVILI OLTRE IL 45%, INVALIDI DEL LAVORO DI GRADO SUPERIORE AL 33% (INAIL) E PERSONE INVALIDE PER GUERRA, LAVORO E SERVIZIO DALLA 1° ALL'8° CTG.
- I DATORI DI LAVORO (PUBBLICI E PRIVATI) SONO TENUTI A GARANTIRE LA CONSERVAZIONE DEL POSTO DI LAVORO A QUEI SOGGETTI CHE, NON ESSENDO DISABILI AL MOMENTO DELL'ASSUZIONE, ABBIANO ACQUISITO PER INFORTUNIO SUL LAVORO O MALATTIA PROFESSIONALE EVENTUALI DISABILITA'-

Testi di riferimento

S. Perini, S.W. Bijou

Lo sviluppo del bambino ritardato

FrancoAngeli, Milano.

D. Ianes

La diagnosi funzionale secondo l'ICF.

Erickson, Trento.

Letture consigliate

R. Vianello

Difficoltà di apprendimento, situazioni di handicap, integrazione.

Junior, Bergamo

S. Soresi

Psicologia dell'handicap e della riabilitazione.

Il Mulino, Bologna.

M. Zanobini, M.C. Usai

SCHEDA AMBIENTALE LEGGE 104

d1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA

	Qualific. performance	Qualific. capacità
d110 Guardare	3	
d115 Ascoltare	3	
d140 Imparare a leggere	3	
d145 Imparare a scrivere	3	
d150 imparare a calcolare (aritmetica)	3	
d175 Risoluzione dei problemi	4	

d6. VITA DOMESTICA		
d620 Procurarsi beni e servizi (fare la spesa, ecc.)	4	
d630 Preparare i pasti (cucinare, ecc)	4	
d640 Fare i lavori di casa (pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare, ecc.)	4	
d660 Assistere gli altri	4	

d7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI		
d710 Interazioni interpersonali semplici	3	
d720 Interazioni interpersonali complessi	4	
d730 Entrare in relazione con estranei	4	
d740 Relazioni formali	4	
d750 Relazioni sociali informali	3	
d760 Relazioni familiari	3	
d770 Relazioni intime	3	

d8. AREE DI VITA PRINCIPALI

d810 Istruzione informale	3	
d820 Istruzione scolastica	8	
d830 Istruzione superiore	8	
d850 Lavoro retribuito	8	
d860 Transazioni economiche semplici	8	
d870 Autosufficienza economica	8	

d9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'

d910 Vita nella comunità	4	
d920 Ricreazione e tempo libero	4	
d930 Religione e spiritualità	4	
d940 Diritti umani	4	
d950 Vita politica e cittadinanza	4	

QUALUNQUE ALTRA ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

d166 lettura	3	
d170 scrittura	3	
d172 Calcolo	3	

e1. PRODOTTI E TECNOLOGIA

	Barriere 0/4,8,9	Facilitatori +0/+4,+8,+9
e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale (cibo, farmaci)	8 <input type="text"/>	<input type="text"/>
e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana	8 <input type="text"/>	<input type="text"/>
e120 Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni ed esterni	8 <input type="text"/>	<input type="text"/>
e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione	8 <input type="text"/>	<input type="text"/>
e150 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo	8 <input type="text"/>	<input type="text"/>
e155 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato	8 <input type="text"/>	<input type="text"/>

e2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO

e225 Clima	3 <input type="text"/>	<input type="text"/>
e240 Luce	3 <input type="text"/>	<input type="text"/>
e250 Suono	3 <input type="text"/>	<input type="text"/>

e3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE

e310 Famiglia ristretta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e320 Amici	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e330 Persone in posizione di autorità	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e355 Operatori Sanitari	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e360 Altri operatori	<input type="text"/>	<input type="text"/>

e4. ATTEGGIAMENTI

e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e420 Atteggiamenti individuali degli amici	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e440 Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e450 Atteggiamenti individuali di operatori sanitari	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e460 Atteggiamenti della società	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e465 Norme sociali, costumi e ideologie	<input type="text"/>	<input type="text"/>



e5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE		
e525 Servizi, sistemi e politiche abitative	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e540 Servizi, sistemi e politiche di trasporto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e550 Servizi, sistemi e politiche legali	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e570 Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e585 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ALTRO	
Qualsiasi altro fattore ambientale	<input type="text"/>



Grazie per l'attenzione
Dott. Ludovico Carnile

***Psicologo Clinico
Operatore sociale presso
CML Caserta***