

Storia delle Istituzioni della Disabilità

*Dott. Giuseppe Cristiano
Rivolta d'Adda 28.05.2022*

I DISABILI IN ITALIA (stima)

- **Circa 3.150.000 (pari a circa il 5,2% della popolazione complessiva)**
- **Disabilità sensoriale, motoria, intellettiva.**
- **Disabili intellettivi sono circa 750.000 in Italia.**

(Rapporto ISTAT sulla disabilità 2019)

Definizione

La disabilità intellettiva è una condizione caratterizzata da limitazioni significative sia nel funzionamento intellettivo che nel comportamento adattivo

“...è l'insieme delle abilità concettuali, sociali, e pratiche apprese dalle persone per agire nella loro vita quotidiana ”

AAIDD; Schalock et al. (2010)

Evoluzione del concetto di DI

- *Reperti età paleolitica. Testimonianze compassionevoli.*
- *Antichità : deformità fisica o il morbo erano vissuti ed interpretati in chiave etica e religiosa, alle volte considerati una punizione divina*
- *Platone Aristotele: nell'educare è fondamentale escludere i malati o i difformi, mentre le persone di grandi qualità devono essere accoppiate tra di loro al fine di elevare il livello della razza umana.*
- *Epoca romana, "era dell'eliminazione fisica" soffocati annegati, era dell'abbandono.*
- *Pensiero cristiano: la disabilità comincia ad essere concepita come una condizione umana che non deve necessariamente comportare l'emarginazione e l'esclusione.*

Evoluzione del concetto di DI

- *Medio evo, “era del ridicolo”*
- *Il 1700, primi concetti di assistenza, essere umano*
- *Seconda metà dell’800 teorie evoluzioniste, incapaci di diventare un essere sociale. Eugenetica*
- *L’industrializzazione, esclusione marginalità isolamento*
- *Il processo di istituzionalizzazione, persone “devianti” come un pericolo da contenere.*
- *Teorie Eugenetiche. Nazismo: castrazione 300-400 mila e sterminio (200.000)*

Il processo di Istituzionalizzazione

- *L'assistenza come beneficenza e carità: per assicurare accudimento a persone spesso abbandonate e rifiutate*
- *L'assistenza come ordine pubblico, ospedali psichiatrici*
- *L'emarginazione e l'assenza di ogni concetto riabilitativo*
- *Differenziazione delle tipologie di età degli ospiti; bambini da riabilitare adulti da accudire.*
- *Sistema spesso chiuso e ipocontrattualità del cliente*

Cambiamento nella visione prospettica

Uguaglianza e Politiche volte alla Inclusione sociale



1948 - Universal Declaration Human Rights

1971 - Universal Declaration Rights of Persons with Intellectual Disabilities

1975 - Universal Declaration Rights of Persons with Disabilities

1994 - l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adotta le Regole Standard per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità

2006 - Convention on the rights of persons with disabilities

1996 / 2003 - Equal opportunities for people with disabilities: a European action plan



2004 – Included in society (deinstitutionalisation)

2009 – Ratifica nell'ordinamento giuridico italiano.

2010-2020 Strategia europea sulla disabilità 2010-2020

2020-2030 Agenda Europea sui Diritti delle Persone con Disabilità

La Convenzione: intenti

Pari opportunità: promuovere e tutelare i diritti umani e le libertà fondamentali, assicurandone il pieno ed equo godimento.

Inclusione: L'accessibilità di tutto per tutti.

Empowerment: Il rafforzamento del ruolo delle organizzazioni di rappresentanza della disabilità nel processo globale di sviluppo. Dirette a realizzare principi fondamentali quali la dignità, l'eguaglianza e la non-discriminazione, l'autonomia individuale, la partecipazione e l'inclusione nella società, l'accettazione della disabilità come parte della diversità umana.

Modello etico e culturale della Convenzione

Modello CARITATIVO – ASSISTENZIALE

- *La società ha un problema: la persona con disabilità ha bisogno di aiuto; - le soluzioni sono di tipo istituzionale o monetario; i protagonisti sono gli operatori che si prendono cura della persona*

Modello MEDICO

- *La società ha un problema: la persona con disabilità ha bisogno di cure e riabilitazione; - Le soluzioni sono ospedali o centri specializzati; i protagonisti sono gli operatori sanitari*

Modello SOCIALE

- *La società è un problema per le PcD: la discriminazione mette a rischio il pieno godimento dei loro diritti. Le soluzioni sono l'eliminazione delle discriminazioni per favorire le pari opportunità
I protagonisti sono le PcD e le loro organizzazioni*

LA RIVOLUZIONE CULTURALE DELL'ICF

Dal termine **HANDICAPPATO**
(ICIDH 1980)



Attività Partecipazione
Fattori ambientali personali

a quello di
PERSONA con disabilità
(ICF 2001)



Cambiamento nell'erogazione dei servizi

Il cliente e non il professionista al centro

L'empowerment del cliente (diritti, scelte, accesso alle risorse...)

Progettazione individualizzata e non per gruppi o categorie

Non grandi istituti, ma vivere, lavorare e divertirsi nel territorio, nel modo più vicino agli altri cittadini

Usare quando possibile i servizi generici e solo quando necessario quelli specialistici, sono cittadini con diverse abilità, non devono subire discriminazioni e devono essere loro garantite pari opportunità

Usare risorse molteplici e generali per fornire sostegni, e non solo servizi e professionisti specialistici (usare famiglia, amici, aiuti informali, servizi generici, ecc.) competenza diffusa di tutti i settori della società

Normativa regionale di riferimento

La delibera regionale di riferimento è la DGR 12620/2004.

la Dgr 12620 istituisce la RSD: la residenza sanitaria-assistenziale specificatamente destinata all'area della disabilità grave non più assistibile a domicilio”.

La finalità della RSD è garantire un progetto di vita orientato al benessere in un ambiente:

- *in cui ci si possa sentire a casa propria,*
- *in cui sia garantito un supporto sanitario e assistenziale adeguato*
- *opportunità di crescita educativa e di sostegno riabilitativo ma anche di sostegno inclusivo orientato a garantire la partecipazione delle persone alla vita comunitaria e alla cittadinanza.*

Il rischio della Residenzialità (istituzionalizzazione)

Sviluppo VS Regressione



**Orientamento lavoro
favorente l' autonomia**

**Sviluppo domini qualità
di vita**



**Orientamento lavoro
favorente l' assistenza**

**Intrinseco nel RSD
per background
culturale**

Crea dipendenza

Cambiamento nella visione prospettica

Qualità di Vita

- non solo “trattamenti”
- non solo “curare” e “assistere”
- ma: sostenere al fine di vivere una vita buona e soddisfacente



BENESSERE

Inclusi: trattamento, cura, protezione, accesso alle risorse della comunità, amicizia, ruoli sociali riconosciuti, diritti, non discriminazione, educazione, vivere nel territorio, accedere ai servizi sanitari, accedere al lavoro e ai guadagni, ecc.

Quindi la DI

È un particolare stato del funzionamento
È multidimensionale
È influenzata da sostegni individualizzati

Non è qualcosa che si ha
Non è qualcosa che si è
Non è un disturbo medico
Non è un disturbo mentale