

FIADDA EMILIA ROMAGNA

Famiglie Italiane Associate Difesa Diritti Audiolesi
Coordinamento Regionale

AUDIZIONE IV COMMISSIONE X LEGISLATURA – ASSEMBLEA LEGISLATIVA R. E-R
Bologna, 02 maggio 2016

Intervento di Lucia BRASINI pag. 2

Intervento di Alessandra FANTINI pag. 4

Documentazione di approfondimento:

- ALLEGATO 1: Elementi di Sintesi della DGR 694/2011. pag. 6
- ALLEGATO 2: Linee Guida dell'azione di FIADDA EMILIA ROMAGNA pag. 7
- ALLEGATO 3. Quadro legislativo sintetico sulle sordità pag. 9
- ALLEGATO WEB: Una buona pratica di inclusione: Cortometraggio "Matilde" al link:
<https://www.youtube.com/watch?v=HB-yD9kPGo&index=6&list=FLi7blZ4jh3kql0Wco-a1eA>

=====

Intervento di Lucia BRASINI

Buongiorno a tutti, ci presentiamo:

- Lucia Brasini, sezione FIADDA di Cesena
- Fabrizio Donato, sezione FIADDA di Ravenna
- Luisa Mazzeo, sezione FIADDA di Bologna
- Alessandra Fantini, sezione FIADDA di Bologna

Facciamo parte del Coordinamento Regionale FIADDA Emilia-Romagna.

Oggi nella nostra delegazione sono presenti **DUE** persone sorde, vorrei raccontare brevemente la mia storia: sono nata con sordità profonda, deficit gravissimo che fino ad una 40ina di anni fa avrebbe impedito l'acquisizione del linguaggio verbale, ma ho potuto imparare a parlare grazie alla protesizzazione precoce – a 9 mesi nel mio caso – e alla logopedista dell'ASL, perché la nostra Regione da oltre 30 anni investe sulla qualità dei servizi logopedici pubblici.

Oggi non abbiamo richiesto la sottotitolazione in tempo reale, perché le persone sorde, con le protesi acustiche e la lettura labiale in un ambiente raccolto e silenzioso come questo, possono seguire i discorsi. Vi chiediamo però, quando vorrete intervenire di non parlare troppo in fretta e di darci modo di vedere le labbra (es. microfono). Se la riunione fosse stata più ampia sarebbe stato necessario avere i sottotitoli.

La FIADDA (Famiglie Italiane Associate per la Difesa dei Diritti degli Audiolesi) è un'associazione nazionale presente in 15 Regioni che opera da **oltre 40 anni** a favore dell'inclusione scolastica, sociale e lavorativa delle persone con sordità, al fine di garantirne una migliore qualità della vita quotidiana, delle relazioni interpersonali e della piena partecipazione alla vita collettiva.

La FIADDA si rivolge in modo particolare a persone con sordità gravissima pre-verbale, cioè insorte prima dell'acquisizione completa del linguaggio – dai 0 ai 3 anni. Queste persone sono l'1x1000 della popolazione – in ER si possono stimare sulle 4.000 unità – e la maggior parte di esse nascono in famiglie di udenti.

La FIADDA persegue l'**autonomia** e l'**indipendenza** della persona con sordità con la diagnosi precoce, la precoce protesizzazione, l'abilitazione all'oralismo, l'applicazione dell'implantologia cocleare, il sostegno alla ricerca genetica, le innovazioni tecnologiche, l'informazione e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e delle Istituzioni.

Promuove il superamento delle **barriere culturali e della comunicazione** sostenendo anche la diffusione dell'uso delle tecniche di sottotitolazione e delle innovazioni tecnologiche al fine di rendere accessibili e fruibili i luoghi pubblici e gli spazi della cultura e del tempo libero attraverso un'azione incisiva presso le Istituzioni, Enti pubblici e privati. Ad esempio nelle sedute delle Assemblee e Commissioni Regionali pubbliche l'uso sistematico della sottotitolazione sia delle dirette in streaming, sia delle registrazioni audio presenti in rete, permetterebbero alle persone sorde di poter accedere ai contenuti e dibattiti della vita politico-amministrativa della nostra Regione. Al momento noi cittadini con sordità siamo tagliati fuori, ed in sostanza privati del nostro diritto costituzionale alla partecipazione.

Dall'avvento degli SMS ad oggi le opportunità comunicative delle persone sorde verso tutti si sono moltiplicate – e-mail, messaggistica istantanea, chat, social media – ma tutte, come premessa necessaria, richiedono una competenza linguistica scritta che è strettamente correlata con l'acquisizione della lingua orale italiana. Per questo la FIADDA promuove e sostiene il diritto allo studio, la **crescita e lo sviluppo culturale** delle persone con sordità al fine dell'acquisizione della completa padronanza comunicativa verbale.

Oggi SIAMO QUI perché:

Nella scorsa legislatura collaborammo per oltre due anni fino all'approvazione della Delibera Regionale 694/2011. Tale documento fissa le linee guida per le Aziende sanitarie della Regione in merito allo

“screening neonatale universale delle sordità ed al percorso clinico ed organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia in Emilia Romagna”.

Con questa delibera la Regione Emilia-Romagna ha compiuto una scelta importante e lungimirante, in quanto lo screening neonatale delle sordità, obbligatorio in tutte le Aziende Sanitarie, permette la diagnosi e l'intervento protesico e abilitativo precoci. Ciò è di fondamentale importanza perché crea il presupposto basilare per cui il bambino con sordità possa raggiungere una buona e a volte ottima capacità di ascolto e di uso della lingua italiana orale e scritta. Ciò ha allineato la nostra Regione con le più avanzate in Italia.

Dalla fine del 2011 L'Assessorato alla Salute si è attivato con alcune riunioni del Tavolo Regionale sulle Disabilità Uditive, che si sono protratte fino al 2012. Poi sostanzialmente più nessuna altra comunicazione regionale a noi Associazioni, nonostante l'obbligo di un confronto almeno annuale con noi associazioni fosse prescritto nel testo stesso della Delibera.

Sappiamo in via informale che solo poche AUSL della Regione hanno attivato i Team Aziendali Disabilità Uditive T.A.D.U.

A fine 2015 un timido segnale di riattivazione informale del Tavolo Regionale D.U. non ci ha fornito alcun concreto elemento sostanziale sul reale stato dell'arte in merito a questa tematica. Siamo stati informati della somministrazione a livello regionale di un Questionario sullo stato di attuazione delle Linee Guida, ma i dati, oltre che lacunosi, non sono stati ancora elaborati e resi noti per una valutazione collettiva.

In sostanza siamo in attesa da quattro anni che l'Amministrazione Regionale mantenga l'impegno di condivisione di dati ed informazioni inerenti gli interventi regionali per i bambini e le persone sorde, assunto con la DGR 694/2011.

COSA CHIEDIAMO e PERCHÉ

Le nostre attività sui vari territori della Regione in supporto dei bambini con sordità profonda e delle loro famiglie nell'ultimo quadriennio hanno evidenziato diversi segnali di un allarmante regresso sia sul piano qualitativo che quantitativo, sintomo di una riduzione generalizzata degli interventi sanitari e sociali.

In sintesi:

- le attività sancite dalla delibera regionale necessitano di **risorse dedicate (tecnico-professionali ed economiche)** che non sempre sono state stanziare.
- Il **crono programma** previsto nel testo stesso della Delibera non è stato assolutamente seguito.
- Come avviene la programmazione regionale degli investimenti per la **formazione** delle varie figure specialistiche mediche e tecnico-riabilitative (pediatri, neuropsichiatri, logopedisti, psicologi, audiologi, chirurghi otologici, audiometristi, audio protesisti) in difetto di attuazione della Delibera.
- disparità di trattamento tra persone nelle stesse condizioni oggettive rispetto alla concessione degli **ausili protesici e didattico-riabilitativi**, anche tra ASL confinanti.
- attenzione al **percorso scolastico** della persona con sordità: formazione dei docenti, riconoscimento della figura dell'Assistente alla Comunicazione non solo come interprete LIS, corretto utilizzo del Piano Educativo Individualizzato PEI, attivazione e sistematizzazione dei Gruppi di Lavoro per l'inclusione GLH.

Ringrazio la Commissione per l'attenzione, ho volutamente fatto un intervento breve, per lasciare spazio ad un breve intervento di Alessandra FANTINI, e poi a domande, osservazioni, chiarimenti, perché credo che solo attraverso il dialogo si possa costruire una città inclusiva.

=====

Intervento di Alessandra FANTINI

Buongiorno a tutti! mi chiamo Alessandra Fantini e sono sorda dalla nascita con ipoacusia grave.

Sono stata seguita in maniera appropriata tramite un lungo percorso fatto di tanta volontà da parte mia e di sostegno sempre costante da parte della mia famiglia con la collaborazione delle logopediste, dei docenti e degli audioprotesisti.

Voglio a questo proposito sottolineare come la famiglia abbia un ruolo fondamentale nel percorso di abilitazione del bimbo sordo e come vada supportata anche psicologicamente, e valorizzata in tutto il percorso di presa in carico che segue il momento della scoperta della sordità.

Ugualmente da sottolineare è l'importanza che tale percorso abilitativo sia quanto più precoce, continuo e competente possibile.

Ho 46 anni e sono abbastanza integrata in quasi tutti i contesti soprattutto nel mondo lavorativo.

Sono vice presidente della sezione di Bologna della Fiadda. Spesso partecipiamo come Associazione a Convegni e a lezioni all'Università per la formazione dei futuri docenti per parlare della sordità testimoniando che i sordi che hanno avuto una buona abilitazione ed educazione alla lingua orale acquisiscono una buona padronanza anche della lingua scritta e quindi di tutti i sistemi di scrittura, dagli sms (che potrebbero essere utilizzati anche per le comunicazioni con i diversi Enti, senza bisogno della mediazione di Ponti...) ai WhatsApp, alla sottotitolazione di qualsiasi incontro, conferenza, lezione o spettacolo.

Da parte mia sottolineo sempre l'indispensabilità degli ausili tecnologici che permettono di accedere alle informazioni verbali in assenza dei quali la sordità diventa un handicap vero e proprio con la conseguenza di non essere informati adeguatamente .

E' soprattutto per questo motivo che una volta acquisita la lingua italiana parlata e scritta che già di per sé favorisce l'inclusione sollecito ed evidenzio la necessaria informazione sugli ausili tecnologici che permettono di abbattere le barriere della comunicazione, come ad esempio sottotitolazione e lavagne lim e sistemi di ascolto come fm, Bluetooth e wifi.

Mai come oggi tutto questo dovrebbe essere facilmente accessibile, purtroppo il Nomenclatore Tariffario è ancora fermo al 1999, non contempla gli ausili più recenti e c'è ancora poca divulgazione dei mezzi tecnologici a causa del loro costo e a volte della complessità del loro utilizzo. Il vecchio Nomenclatore ha anche creato nei fatti un disparità di trattamento tra gli audiolesi portatori di impianto cocleare e quelli protesizzati, come sono io: questi ultimi sono obbligati a sostenere quasi interamente il costo delle protesi digitali moderne perché il NT prevede il rimborso solo di quelle di vecchia generazione.

Nel mondo lavorativo sistemi come la dettatura automatica nei messaggi sms, whatsapp, la penna roger ed altri ancora permetterebbero di progredire nell'interazione con i colleghi e nell'aumento del mansionario che di per se permette di far carriera e di farsi considerare al pari dei colleghi, in modo da essere valutati in base alle capacità lavorative senza tener conto della sordità.

Partecipare attivamente alle riunioni di lavoro e alle assemblee favorisce la socializzazione indispensabile per dare all'azienda risultati produttivi. Nella mia esperienza è stato necessario anche risolvere problemi culturali difficili da superare a causa di precedenti rapporti con persone sorde non adeguatamente seguite, che si esprimevano solo con la Lis e avevano poca confidenza con la lingua italiana. Ormai da alcuni

decenni i giovani si esprimono correttamente grazie all'evoluzione delle protesi acustiche e/o impianti cocleari e della tecnologia e quindi le aziende devono aggiornarsi con una formazione adeguata.

Esiste una diffusa necessità di formazione/informazione sia verso gli uffici del personale sia verso i colleghi che interagiranno con la persona sorda, al fine di adeguare e personalizzare gli ambienti lavorativi con le soluzioni più adatte a favorire l'appropriata comunicazione lavorativa interpersonale e l'adattamento logistico ambientale (rumorosità, insonorizzazione, ecc). Oggi infatti grazie agli ausili, ed agli appropriati percorsi verso l'autonomia, le persone sorde con buona competenza linguistica orale hanno la possibilità di esprimere le loro attitudini e personalità sul lavoro, qualora le forme concrete di inclusione siano effettivamente rese operative con la collaborazione di tutti. Le pari opportunità lavorative sono da tempo un Diritto, come sancito dalla Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità.

In sintesi, nella mia esperienza diretta, osservo che le problematiche di inserimento lavorativo e di carriera per noi, persone sorde, pur con buona competenza verbale, sono ancora molteplici, e con il coordinamento di FIADDA EMILIAROMAGNA intendiamo rappresentarle sia in commissione lavoro, sia in tutte le altre sedi istituzionali regionali e locali.

La diffusa divulgazione che molte persone con sordità, correttamente riabilite come me e molti altri, sono del tutto capaci di usare la lingua orale, costituisce da anni un dato di fatto che tutti, in tutti i contesti, devono assolutamente acquisire e metabolizzare.-

Lascio ora spazio alle domande.

=====

ALLEGATO 1

Elementi di Sintesi della DGR 694/2011

La Delibera Regionale 694/2011 fissa le linee guida per le Aziende sanitarie della Regione in merito allo “screening neonatale universale delle sordità ed al percorso clinico ed organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia in Emilia Romagna”.

Si tratta di un documento particolarmente complesso ed articolato, contenente sia aspetti sanitari che elementi con fondamentali ricadute di inclusione sociale per i bambini sordi e le loro famiglie, che prevede, in estrema sintesi :

- Screening neonatale delle sordità a tutti i bambini nati in tutti i 35 punti nascita della Regione;
- Presa in carico precoce multidisciplinare del bambino risultato sordo allo screening, adeguato sostegno e supporto informativo alle famiglie, inizio del percorso di protesizzazione, impianto cocleare quando necessario, ed avvio del lungo percorso di abilitazione ed inclusione .

La supervisione ed Il coordinamento di tali attività nel tempo si dovrebbero svolgere su due livelli:

Regionale con la costituzione formale del “Tavolo regionale sulle disabilità uditive (DU);

Aziendale con l’attivazione in ogni Azienda sanitaria del T.A.D.U. (Team Aziendale Disabilità uditive).

Ciò costituirebbe la c.d. RETE REGIONALE PER LE DISABILITA’ UDITIVE .

Al Tavolo regionale DU è previsto che confluiscono varie tematiche attinenti:

- la definizione di protocolli clinici condivisi per le diverse fasi del percorso (screening neonatale, diagnosi, trattamento, abilitazione);
- la definizione dei requisiti di accreditamento (competenze cliniche) per le strutture di audiologia/foniatria ed ORL;
- la messa a fuoco e definizione (quantitativa e qualitativa) di specifica formazione per le diverse figure professionali impegnate nel percorso clinico-riabilitativo;
- la definizione degli indicatori per il monitoraggio regionale.

Inoltre contiene un elemento di fondamentale importanza dal punto di vista delle associazioni di utenza: L’obbligo di confrontarsi almeno annualmente con le Associazioni, Enti ed organizzazioni competenti sulle sordità, allo scopo di monitorare il miglioramento continuo della qualità del percorso regionale (cfr pag. 7 DGR).

La Delibera dovrebbe mettere le Aziende Sanitarie regionali in condizioni di affrontare in maniera interdisciplinare complessiva tutti gli interventi tecnico-sanitari dai punti di vista pediatrico, audiologico, neuro-psichiatrico, logopedico, psicologico centrati sui bambini e ragazzi con disabilità uditiva. Tutto ciò al fine ultimo di standardizzare e rendere operativi al meglio in tutta la Regione tutti gli strumenti clinico-sanitari e di supporto che oggi permetterebbero, se ben utilizzati, e con un sistematico monitoraggio regionale, una efficace abilitazione ed inserimento sociale del bambino con grave disabilità uditiva.

Il testo integrale della delibera è disponibile al link :

<http://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=7456067062225d72515fbb00aaba42b7>



Famiglie Italiane Associate per la Difesa
dei **Diritti degli Audiolesi**



PRINCIPI GUIDA DI FIADDA EMILIA ROMAGNA

- a. L' apprendimento della lingua verbale orale e scritta è fondamentale per conseguire autonomia personale, accesso alla cultura ed all'interazione sociale completa senza dipendere da intermediari.
- b. Le persone che nascono o diventano sorde possono disporre già da molti anni di tecniche, sistemi, ausili, prassi terapeutiche e riabilitative in grado di consentire loro di sentire, ascoltare, parlare, leggere, scrivere, giocare, lavorare e vivere in concreta integrazione con la famiglia, gli amici, la scuola, l'ambiente di lavoro e la società.
- c. L'ascolto e la parola sono connaturate nell'uomo e costituiscono la naturale necessaria premessa per una vita di relazione con il mondo; le tecniche di comunicazione mediante segni (L.I.S. Italiano segnato a altre), con l'evoluzione indicata al precedente punto b sono diventate di uso marginale; possono essere liberamente scelte ma solo dopo aver messo il bambino sordo in condizioni di udire, parlare ed integrarsi nella società. E' superato ed antieconomico dedicare ingenti risorse per insegnare ai bambini la L.I.S. a scapito degli investimenti per la ricerca, per la diagnosi neo-natale delle sordità, per il potenziamento e miglioramento qualitativo dei percorsi di abilitazione.

LINEE DI AZIONE DI FIADDA EMILIA ROMAGNA

L'Associazione persegue, promuove e stimola le Istituzioni e la Società Civile al conseguimento e consolidamento di:

1. Screening neo-natale della sordità (oto-emissioni o tecniche analoghe) su tutto il territorio regionale per tutti i neonati, dovunque nascano (strutture sanitarie pubbliche e private). Inserimento di tale principio nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.).
2. Supporto psicologico ed informativo (*counseling*) alla famiglia del bambino sordo, fin dal momento della diagnosi, per favorirne il ruolo attivo e consapevole in tutte le fasi del percorso di crescita verso lo sviluppo dell'autonomia del proprio figlio.
3. Diagnosi precoce della sordità entro i sei mesi di età: approfondimento diagnostico (mediante ABR, elettrococleografia e quant'altro necessario) per tutti i neonati risultati positivi o incerti allo screening neo-natale.
4. Protesizzazione precoce secondo i predetti risultati diagnostici; avvio, laddove opportuno, al percorso di valutazione per l'impianto cocleare.
5. Avvio tempestivo del percorso di "abilitazione" alla lingua parlata e scritta mediante sedute logopediche di adeguata frequenza erogate in maniera continuativa da logopediste specializzate sul trattamento delle sordità infantili, garantendo la loro rapida sostituzione in caso di assenza prolungata.
6. Sviluppo sul territorio di Centri di secondo livello per le sordità che abbiano funzioni di monitoraggio e verifica dell'iter abilitativo diventando punti di riferimento per le famiglie dei bambini sordi, e che promuovano l'aggiornamento specialistico degli operatori in collaborazione con le Istituzioni deputate alla formazione.

7. Avvio del percorso di certificazione medico-legale dell'invalidità (L. 381/70, L. 508/88, L. 289/90, L.104/92, L. 95/2006 e normativa discendente) su base semplificata secondo i dettami della L.R. 4/2008. Tutto ciò finalizzato a:
- (a) diritto di accesso al percorso sanitario riabilitativo;
 - (b) diritto agli ausili protesici di qualità, impianti cocleari, ed alle batterie per il loro funzionamento;
 - (c) diritto al sostegno scolastico qualificato fin dall'asilo-nido;
 - (d) diritti per i genitori all'astensione lavorativa ai fini dell'assistenza del disabile dell'udito;
 - (e) diritto alle provvidenze economiche (indennità di frequenza, di comunicazione, assegno di invalidità, agevolazioni specifiche legate alla sordità);
 - (f) diritto alle facilitazioni specifiche per i sordi (agevolazioni della comunicazione, piani tariffari agevolati per la telefonia ed SMS, ed altre);
 - (g) diritto all'accesso protetto al lavoro, sia nella fase di inserimento sia nella verifica del percorso lavorativo.
8. Percorso scolastico supportato e sostenuto per garantire al bambino sordo - dall'asilo nido fino ai più alti livelli degli studi - il diritto di pari opportunità educativa effettiva, mediante:
- (a) Corretta formazione sui bisogni reali degli alunni sordi, sia degli insegnanti curricolari che di sostegno; applicazione effettiva delle prassi e metodologie didattiche facilitanti il passaggio della comunicazione educativa verso l'alunno con difficoltà uditive;
 - (b) disponibilità effettiva di ausili didattici tecnologici atti a favorire la fruibilità della comunicazione educativa verso l'alunno con difficoltà uditive in maniera condivisa con i suoi compagni di classe;
 - (c) riduzione del numero massimo di alunni per classe, a tutti i livelli scolastici, in presenza di un bambino sordo; insonorizzazione delle aule.
9. Percorsi di facilitazione dell'inserimento nel tessuto sociale della persona sorda, per favorire una vita di relazione realmente integrata. Ciò attraverso:
- (a) Accesso alle pratiche sportive mediante sistemi di facilitazione della comunicazione tra sordi praticanti ed allenatori – istruttori.
 - (b) Sottotitolazione simultanea dei principali eventi ed appuntamenti (convegni, seminari, ecc.) di divulgazione culturale, ricreativa e di informazione.
 - (c) Sottotitolazione simultanea in diretta di tutti i programmi televisivi sulle reti nazionali pubbliche e private.
 - (d) Diffusione di sistemi per avvisi ed annunci scritti in tempo reale in Stazioni ferroviarie, marittime ed Aeroporti.
 - (e) Predisposizione di alcuni posti nelle sale cinematografiche, riservati ai sordi, con ausili agevolanti della comunicazione (monitor con sottotitoli dei dialoghi); oppure sottotitolazione delle pellicole.
 - (f) Riserva di posti nelle sale teatrali in vicinanza del palco, per favorire la lettura labiale degli attori; sovratitolatura degli spettacoli teatrali.
 - (g) Sottotitolazione delle riunioni di lavoro e sindacali; diffusione in forma scritta di tutte le disposizioni lavorative.
10. Divulgazione della corretta informazione sulla condizione delle persone sorde oggi, al fine di superare pregiudizi e barriere.
La persona sorda che presenta solo una patologia specifica della percezione uditiva, mantiene **inalterato lo sviluppo del suo potenziale intellettuale e la capacità di sviluppo di competenza e di produzione verbale**, che le consentirà una piena integrazione nella società in cui vive.

=====

Da fonte: www.handylex.org

<p><u>L. 381/70</u> del 26 maggio 1970</p> <p><i>Publicata nella G.U. 23 giugno 1970, n. 156</i></p> <p><i>Le varianti introdotte dalla legge 95/2006 sono riportate in blu (grassetto)</i></p>	<p><i>"Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti sordi e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti sordi"</i></p> <p>1. Assegno mensile di assistenza. - A decorrere dal 1° maggio 1969 è concesso ai sordomuti di età superiore agli anni 18 un assegno mensile di assistenza di lire 12.000 (1).</p> <p>Agli effetti della presente legge si considera sordomuto il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio. L'assegno è corrisposto nella misura del 50 per cento a coloro che siano ricoverati in istituti che provvedono alla loro assistenza.</p>	<p>Definizione di Sordo (la L.95/06 ha soppresso il termine sordomuto da tutta la legislazione italiana)</p>
<p><u>L. 854/73</u> del 18 dicembre 1973</p> <p><i>Publicata nella Gazz. Uff. 2 gennaio 1974, n. 1</i></p>	<p>Modalità di erogazione degli assegni, delle pensioni ed indennità di accompagnamento a favore dei sordomuti, dei ciechi civili e dei mutilati ed invalidi civili</p>	<p>Modalità amministrative dell'indennità di cui alla L381/70 ai sordi</p>
<p><u>L.508/88</u> del 21 novembre 1988</p> <p><i>Publicata nella Gazz. Uff. 25 novembre 1988, n. 277</i></p>	<p>4. Istituzione, misura e periodicità di una indennità di comunicazione in favore dei sordi prelinguali. - 1. A decorrere dal 1° gennaio 1988, ai sordomuti sordi come definiti nel secondo comma dell'articolo 1 della legge 26 maggio 1970, n. 381, è concessa una indennità di comunicazione non reversibile, al solo titolo della minorazione, dell'importo di L. 200.000 mensili per dodici mensilità.</p> <p>2. Detta indennità sarà corrisposta d'ufficio ai sordomuti sordi titolari dell'assegno mensile di cui alla legge 26 maggio 1970, n. 381, trasformato in pensione non reversibile dall'articolo 14-septies del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e a domanda negli altri casi con decorrenza dal primo mese successivo alla data di presentazione della domanda stessa.</p> <p>3. Per gli anni successivi, l'adeguamento automatico della indennità di cui al comma 1 sarà calcolato, sulla base degli importi sopra indicati, con le modalità previste al comma 2 dell'articolo 1 della legge 6 ottobre 1986, n. 656.</p>	<p>Istituisce indennità di comunicazione</p>

<p style="text-align: center;"><u>D. L. 509/88</u> del 23 novembre 1988</p> <p style="text-align: center;"><i>Publicato nella G.U. 26 novembre 1988, n. 278</i></p>	<p>1. 1. Le minorazioni congenite od acquisite, di cui all'articolo 2, secondo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118, comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente.</p> <p>2. Ai fini della valutazione della riduzione della capacità lavorativa, le infermità devono essere accertate da apposite indagini cliniche, strumentali e di laboratorio, allo scopo di determinare la entità delle conseguenze e delle complicità anatomo-funzionali permanenti ed invalidanti in atto.</p> <p>3. La dizione diagnostica deve essere espressa con chiarezza e precisione in modo da consentire l'individuazione delle minorazioni ed infermità che, per la loro particolare gravità, determinano la totale incapacità lavorativa, o che, per la loro media o minore entità, determinano invece la riduzione di tale capacità. L'accertamento diagnostico deve essere effettuato dalle strutture periferiche del Servizio sanitario nazionale o da quelle della sanità militare.</p> <p>4. La determinazione della percentuale di riduzione della capacità lavorativa deve basarsi:</p> <p>a) sull'entità della perdita anatomica o funzionale, totale o parziale, di organi od apparati;</p> <p>b) sulla possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici che garantiscano in modo totale o parziale il ripristino funzionale degli organi ed apparati lesi;</p> <p>c) sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o l'apparato sede del danno anatomico o funzionale.</p>	<p>Stabilisce criteri generali per la valutazione della riduzione della capacità lavorativa</p>	
<p style="text-align: center;"><u>L. 537/93</u> del 24 dicembre 1993</p> <p style="text-align: center;"><i>GU n. 303 Suppl. Ord. del 28/12/1993</i></p>	<p>ART. 11. (PREVIDENZA E ASSISTENZA).</p> <p>1 . CON REGOLAMENTO, DA EMANARE AI SENSI DELL'ARTICOLO 17, COMMA 2, DELLA LEGGE 23 AGOSTO 1988, N. 400, NEL TERMINE DI NOVANTA GIORNI DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE, SI PROVVEDE AL RIORDINAMENTO DEI PROCEDIMENTI IN MATERIA DI INVALIDITÀ CIVILE, CECITÀ CIVILE E SORDOMUTISMO SORDITA' , SULLA BASE DEI SEGUENTI CRITERI:</p> <p>a) SEMPLIFICAZIONE DEI PROCEDIMENTI;</p> <p>b) DISTINZIONE DEL PROCEDIMENTO DI ACCERTAMENTO SANITARIO DAL PROCEDIMENTO PER LA CONCESSIONE DELLE PROVVIDENZE, CON ATTRIBUZIONE DELLA RISPETTIVA COMPETENZA ALLE COMMISSIONI MEDICHE DI CUI ALLA LEGGE 15 OTTOBRE 1990, N. 295, E AI PREFETTI;</p> <p>c) SOPPRESSIONE DEI COMITATI PROVINCIALI DI ASSISTENZA E BENEFICENZA PUBBLICA E DEVOLUZIONE DELLE FUNZIONI CONCERNENTI LE PROVVIDENZE IN FAVORE DEI MINORATI CIVILI AI PREFETTI;</p> <p>d) PREVISIONE DELLA FACOLTÀ DELL'INVALIDO CONVOCATO PER ACCERTAMENTI SANITARI DI MOTIVARE LA PROPRIA IMPOSSIBILITÀ A</p>	<p>Riordino dei procedimenti in materia di invalidità civile. Cecità, sordità.</p>	

	RISPONDERE E DI INDICARE LA DATA IN CUI PUÒ EFFETTUARSI VISITA DOMICILIARE.		
<p><u>L. 289/90</u> del 11 ottobre 1990</p> <p><i>Publicata in G.U. 17 ottobre 1990, n. 243</i></p>	<p>1. Beneficiari. - 1. Ai mutilati ed invalidi civili minori di anni 18, cui siano state riconosciute dalle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età, nonché ai minori ipoacusici che presentino una perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1.000, 2.000 hertz, è concessa, per il ricorso continuo o anche periodico a trattamenti riabilitativi o terapeutici a seguito della loro minorazione, una indennità mensile di frequenza di importo pari all'assegno di cui all'articolo 13 della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, a decorrere dal 1° settembre 1990.</p>	Istituisce indennità di frequenza	
<p>Legge 9 marzo 2006, n. 80</p> <p>Publicata in Gazzetta Ufficiale 11 marzo 2006, n. 59</p>	<p><i>(omissis)</i> Articolo 6. <i>(Semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità)</i></p> <p>1. Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, adottano disposizioni dirette a semplificare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'<i>handicap</i> e dell'<i>handicap</i> grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale.</p> <p>2. Al comma 3 dell'articolo 399 del testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione, relative alle scuole di ogni ordine e grado, di cui al decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297, dopo le parole: «non si applica al personale di cui all'articolo 21 della legge 5 febbraio 1992, n. 104» sono aggiunte le seguenti: «e al personale di cui all'articolo 33, comma 5, della medesima legge.».</p> <p>3. Il comma 2 dell'articolo 97 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è sostituito dal seguente: «2. I soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione sono esonerati da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'<i>handicap</i>. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sono individuate, senza ulteriori oneri per lo Stato, le patologie e le menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione ed</p>	Semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità	

	<p>è indicata la documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare la minorazione.». (1)</p> <p>3-bis. L'accertamento dell'invalidità civile ovvero dell'<i>handicap</i>, riguardante soggetti con patologie oncologiche, è effettuato dalle commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, ovvero all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato. Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti, fatta salva la facoltà della commissione medica periferica di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, di sospenderne gli effetti fino all'esito di ulteriori accertamenti.</p> <p>(omissis)</p> <p>(1) Il Decreto ministeriale 2 agosto 2007 ha individuato le patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante</p>		
<p>L95/2006 del 20 febbraio 2006</p> <p>pubblicata nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 63 del 16 marzo 2006</p>	<p>Art. 1.</p> <p>1. In tutte le disposizioni legislative vigenti, il termine «sordomuto» è sostituito con l'espressione «sordo».</p> <p>2. Il secondo comma dell'articolo 1 della legge 26 maggio 1970, n. 381, è sostituito dal seguente: «Agli effetti della presente legge si considera sordo il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio».</p> <p>3. Al primo comma dell'articolo 3 della legge 26 maggio 1970, n. 381, le parole: «L'accertamento del sordomutismo» sono sostituite dalle seguenti: «L'accertamento della condizione di sordo come definita dal secondo comma dell'articolo 1».</p>	<p>Abolizione del termine sordomuto, sostituito da SORDO</p> <p>Modifica definizione di sordo 381/70</p>	
<p>D.M. , 2 agosto 2007 Ministero economia e finanze</p> <p>Publicato in <i>Gazzetta Ufficiale</i> del 27 settembre 2007, . 225</p>	<p>Art. 1.</p> <p>1. In attuazione dell'art. 6, comma 3, della legge 9 marzo 2006, n. 80, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, è approvato l'elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria, che costituisce parte integrante del presente decreto.</p> <p>Allegato Elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria, in attuazione della legge 9 marzo 2006, n. 80, art. 6, comma 3.</p>	<p>"Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante."</p>	

	<p>Il presente elenco comprende le gravi menomazioni di cui all'art. 6, terzo comma, della legge 9 marzo 2006, n. 80 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione", per tali intendendosi le menomazioni o le patologie stabilizzate o ingravescenti, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione.</p> <p>L'elenco e' presentato in un prospetto in cui sono indicate: 12 voci relative a condizioni patologiche che determinano una grave compromissione dell'autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria;</p> <p>per ciascuna voce la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la patologia o la menomazione, da richiedere alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali o agli interessati, solo qualora non sia stata acquisita agli atti o non più reperibile.</p> <p>L'elenco viene rivisto con cadenza annuale.</p> <p>Le persone affette da patologie o menomazioni comprese nell'elenco sono esonerate da tutte le visite di controllo o di revisione circa la permanenza dello stato invalidante; la relativa documentazione sanitaria va richiesta alle commissioni preposte all'accertamento che si sono espresse in favore dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione; oppure agli interessati, qualora non risulti acquisita agli atti da parte delle citate commissioni. E' fatta salva la facoltà per i soggetti interessati di integrare la documentazione sanitaria con ulteriore documentazione utile allo scopo.</p> <p>Omissis</p> <p>12) Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia. Diagnosi della specifica condizione patologica causa di sordità prelinguale e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione funzionale: esame audiometrico; impedenziometria; potenziali evocati uditivi.</p>		
<p>Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 5 febbraio 1992</p> <p><i>(Pubblicato nella Gazz. Uff. 26 febbraio 1992, n. 47, S.O.)</i></p> <p>Nota: il testo contiene le rettifiche introdotte dal Decreto ministeriale 14</p>	<p><i>"Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti."</i></p> <p>Articolo 1</p> <p>È approvata la nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti.</p> <p>La predetta tabella, articolata in cinque parti, costituisce parte integrante del presente decreto che sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.</p>	<p>NORME APPLICATIVE DI RIFERIMENTO UTILIZZATE DALLE COMMISSIONI MEDICO LEGALI PER</p>	

giugno 1994

Nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti sulla base della classificazione internazionale dell'organizzazione mondiale della sanità

PRIMA PARTE
Modalità d'uso della nuova tabella d'invalidità
----- OMISSIS -----

La nuova tabella fa riferimento alla incidenza delle infermità invalidanti sulla capacità lavorativa secondo i criteri della normativa vigente. Pertanto richiede l'analisi e la misura percentuale di ciascuna menomazione anatomico-funzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa

..... OMISSIS.....

1) Il danno funzionale permanente è riferito alla capacità lavorativa (art. 1, comma 3 ed art. 2 comma 2 D.L. 23 novembre 1988, n. 509) che deve intendersi come capacità lavorativa generica con possibilità di variazioni in più del valore base, non superiori a cinque punti di percentuale, nel caso in cui vi sia anche incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità cosiddetta semispecifica) e sulla capacità lavorativa specifica.... OMISSIS.....

SECONDA PARTE
Indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali
----- OMISSIS-----

APPARATO Uditivo

IPOACUSIE

2) La valutazione del grado di ipoacusia e il calcolo del punteggio vanno effettuati sempre a orecchio nudo, cioè senza protesi. Ciò per numerosi motivi: omissis.....

TABELLA DEI DEFICIT Uditivi - PUNTEGGIO % DI INVALIDITÀ

(omissis)

Ai fini della concessione della indennità di comunicazione la dizione "sordo pre-linguale", di cui all'art. 4, della legge 21 novembre 1988, n. 508, deve considerarsi equivalente alla dizione di "sordo ~~mute~~" di cui all'art. 1 della legge 26 maggio 1970, n. 381 ("...si considera ~~sordo mute~~ il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia ~~impedite~~ **compromesso** il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio").

Viene precisato quanto segue:

a) ai fini dell'applicazione delle norme sopracitate il termine conclusivo dell'"età evolutiva" va identificato con il compimento del dodicesimo anno di età;

b) la locuzione "che gli abbia ~~impedite~~ **compromesso** il normale apprendimento del linguaggio

L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ, E DEL DIRITTO ALL'ATTRIBUZIONE DEI RELATIVI BENEFICI:

- INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO
L. n. 508 del 1988

- INDENNITÀ DI COMUNICAZIONE
L. n. 508 del 1988

- INDENNITÀ DI FREQUENZA
L. n. 289 del 1990

- DETERMINAZIONE DELLE POTENZIALITÀ LAVORATIVE: ART. 3
D.L. n. 509 del 1988

	<p>parlato" deve essere intesa nel senso che l'ipoacusia renda o abbia reso difficoltoso il normale apprendimento del linguaggio parlato.</p> <p>I fattori che in una ipoacusia possono rendere difficoltoso il normale apprendimento del linguaggio parlato sono molteplici e complessi: primi, tra tutti, l'epoca di insorgenza dell'ipoacusia in relazione all'età evolutiva di cui al precedente punto a) ed il livello di perdita uditiva di cui al seguente punto c). Altri fattori importanti, ma aleatori e quindi non quantificabili né valutabili in sede normativa sono la precocità e la correttezza della diagnosi e del trattamento, il livello socio-culturale della famiglia ed altri ancora.</p> <p>c) esclusivamente ai fini della concessione della indennità di comunicazione, l'ipoacusia che dà diritto a beneficiare di tale indennità deve essere:</p> <p>1) pari o superiore a 60 dB di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 Hz nell'orecchio migliore qualora il richiedente non abbia ancora compiuto il dodicesimo anno di età;</p> <p>2) pari o superiore a 75 dB qualora il richiedente abbia compiuto il dodicesimo anno d'età purché sia dimostrabile l'insorgenza dell'ipoacusia prima del compimento del dodicesimo anno.</p>		
<p>INPS – Commissione Medica Superiore: messaggio del 13 ottobre 2011 (a tutte le sedi INPS)</p>	<p><u>Argomento: Comunicazione – condizione sordo</u></p> <p>Considerato che la condizione di sordo di cui alle leggi 381/1970, 508/1988 e 95/2006 è minorazione di per sé idonea a ridurre l'autonomia personale in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella relazionale, si precisa che ai cittadini sordi interessati da accertamenti sanitari di handicap deve essere riconosciuta la connotazione di gravità a norma dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 e deve essere applicato, ove possibile, il DM 2 agosto 2007 sia in fase di verifica ordinaria, sia in fase di verifica sulla permanenza dei requisiti sanitari.- Firmato: Il presidente della CMS Prof. Massimo Piccioni</p>	<p>L'INPS RICONOSCE LA CONNOTAZIONE DI GRAVITA' (L104/92 art.3.3) A TUTTI I SORDI DI CUI ALLA LEGGE 381/70</p>	

da fonte www.handylex.org

Per segnalazioni anomalie ed aggiornamenti contattare ravenna@fiaddaemiliaromagna.it