

# Synthèse

## La prise en charge du handicap en Italie



## Définition du handicap

L'Italie applique une définition large du handicap qui ne sépare pas les publics touchés par des handicaps relevant du social ou du médico-social. Depuis 1992 les politiques reposent sur la définition suivante : « est handicapée la personne qui présente une incapacité physique, psychique ou sensorielle, stabilisée ou progressive, cause de difficulté d'apprentissage, de relation ou d'intégration au travail telle qu'elle entraîne un processus social de désavantage social ou de marginalisation ». Le droit italien compte cependant d'autres définitions pour lesquelles sont déterminés des critères et modalités d'accès spécifiques pour certaines aides, allocations, adaptations ou services.

L'Italie a signé la Convention des Nations-Unies pour les droits des personnes handicapées le 30 mars 2007 et l'a ratifiée le 15 mai 2009 (DOTCOM-ANED, 2016).

## Politique générale

Le système de protection sociale italien est basé sur trois grands piliers dont les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier : l'assurance maladie, la protection sociale et le système des pensions. La dimension territoriale domine et crée des situations hétérogènes selon les régions, avec une forte décentralisation du pouvoir de régulation et de négociation.

Le Service national de santé (Servizio Sanitario Nazionale, SSN- 1978) assure une couverture universelle (citoyens, résidents étrangers et personnes sans titre de séjour depuis 1998) et sans discrimination, financée par les impôts. Organisé sur trois niveaux (local, régional et national), il met en œuvre sa politique à destination des personnes en situation de handicap via plus de 200 autorités sanitaires locales (ASL). Dépendantes de la tutelle des 19 régions italiennes, elles sont en charge de l'évaluation des plans personnalisés de compensation.

La constitution italienne reconnaît depuis 1947 un devoir d'assistance sociale envers les personnes « inaptes au travail », de compensation financière du handicap et de droit à l'éducation et à la formation professionnelle. Dans le mouvement critique des sciences sociales des années 1960 et 1970, s'affirme la volonté d'identifier et de lever les blocages de la société produisant l'exclusion des personnes ayant des besoins différents. L'antipsychiatrie,

initié en Italie par le psychiatre Franco Basaglia, génère de profonds changements : des institutions spécialisées ferment ou sont transformées. Dans le secteur du handicap, l'inclusion scolaire est rendue obligatoire et des coopératives de bénévoles se structurent pour mettre en œuvre l'assistance et l'intégration des personnes défavorisées ou en situation de handicap. Ces coopératives sociales sont finalement reconnues par la loi de novembre 1991, qui affirme qu'elles poursuivent « l'intérêt général de la communauté » (art.1) et qu'elles ont des rapports privilégiés avec les administrations publiques.

La loi de 1971 sur le handicap organise l'assurance invalidité et incapacité en mobilisant directement les bénéfices économiques pour plus de 10 milliards d'euros par an. En 1992, la loi-cadre pour l'assistance, l'inclusion sociale et les droits des personnes en situation de handicap promulgue l'inclusion socio-éducative, l'aide aux familles et à l'inclusion sociale et professionnelle, les hébergements permanents et temporaires et la création d'observatoires régionaux du handicap.

Suite à la ratification de la Convention des Nations-Unies pour les droits des personnes handicapées, un plan biennal d'actions sur le handicap (Programma biennale d'Azione sulla Disabilità, PAB) a été déployé pour la mise en œuvre de la convention, mais à cause des politiques d'austérité, pratiquement aucune de ces mesures n'a fait l'objet de financement spécifique.

## Adultes

### ÉVALUATION

La loi de 1971 a instauré une évaluation de l'incapacité de travail effectuée par une commission médicale qui statue sur la base d'une liste de déficiences correspondant à des pourcentages d'invalidité. La loi de 1992 a mis en place une évaluation du handicap par une commission pluridisciplinaire qui établit 2 degrés différents de handicap. Ces deux évaluations parallèles permettent l'accès à différentes allocations cumulables. Les plans de vie individuel sont définis sur la base d'une évaluation du handicap réalisée par les ASL municipales du lieu de résidence, en partenariat avec les opérateurs sociaux et les personnes concernées. Ces plans décrivent les capacités en lien avec la classification CIF de l'OMS, et en tenant compte des caractéristiques du milieu de vie des personnes. Depuis les 20 dernières années, la décentralisation de

certaines responsabilités sanitaires et sociales a entraîné le développement régional d'un réseau complexe d'établissements et services pour les personnes en situation de handicap. Les conditions d'accès se fondent sur des définitions souvent différentes et non comparables de la dépendance, adoptées à un niveau local.

#### PRESTATION ET FINANCEMENT

Les allocations attribuées relèvent de la branche invalidité de la protection sociale, financées par les cotisations patronales et salariales, mais également soutenues par la fiscalité générale. Deux organismes organisent la perception des cotisations et la redistribution des allocations : l'Institut national de sécurité sociale (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, INPS) et l'Institut national d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, INAIL).

Les principales allocations sont :

- L'allocation d'invalidité (assegno ordinario di invalidità) : elle s'adresse aux personnes de 18 à 65 ans dont la capacité de travail dans les emplois correspondant à leurs aptitudes est réduite d'au moins 2/3 de façon permanente, à la suite d'une maladie ou d'une infirmité physique ou mentale. Elle peut être partiellement cumulée avec un revenu tiré d'une activité professionnelle.
- La pension d'incapacité (pensione di inabilità) : elle s'adresse aux personnes de 18 à 65 ans qui se trouvent dans l'impossibilité totale et permanente de poursuivre toute activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'une infirmité physique ou mentale. Elle ne peut être cumulée avec aucun revenu d'une activité professionnelle, ni avec des prestations de chômage ou de revenus de remplacement.
- L'allocation sociale qui remplace les deux précédentes allocations après 65 ans. Elle s'accompagne d'exonération de taxes sur les transformations du logement et du véhicule et l'achat de matériel spécifique.

Une allocation mensuelle pour tierce personne (Assegno per assistenza personale continuativa), non imposable, peut être accordée par l'INAIL en cas d'incapacité totale permanente nécessitant une assistance personnelle constante pour les actes de la vie courante. Il s'agit d'un supplément à la pension d'incapacité. Non cumulable

avec cette aide, une allocation mensuelle du même ordre est versée par l'INPS pour les situations de handicap non liées aux accidents du travail.

Les services à domicile et les hébergements sont financés par le système de santé et/ou par le système social. Le fond national pour les personnes dépendantes finance également des bons pour des services d'un montant de 300 à 600 € par mois. Ces bons sont attribués par certaines municipalités en fonction des revenus, des besoins et de la sévérité clinique de la situation des personnes.

Les coopératives sociales proposent des services qui s'ajoutent aux différentes allocations et reposent sur des financements territoriaux et européens.

#### OFFRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES

Trois types de services sont disponibles : à domicile, semi-résidentiels et résidentiels.

L'hébergement d'adultes en situation de handicap est généralement assuré par les familles, bien que l'État ait incité les communes à développer de petites structures d'hébergement. La question du vieillissement des parents de ces adultes handicapés est donc un enjeu essentiel aujourd'hui.

Les soins de santé liés au handicap peuvent en principe être réalisés au choix de la personne soit à domicile, soit au sein de structures spécialisées (telles que les Residenze Sanitarie Assistite – RSA). Une série de services semi-résidentiels sont également proposés par la plupart des municipalités.

La gestion des services, de la formation et de l'accès à l'emploi est généralement déléguée aux coopératives sociales. Les coopératives de type A s'impliquent dans le champ socio-éducatif et sanitaire, prenant le relais des institutions publiques, offrant un travail aux publics « désavantagés » de l'assistance sociale et sanitaire. Les coopératives sociales de type B promeuvent l'intégration sociale par le travail. Leurs entreprises doivent compter 30 % de personnes « désavantagées ». En 2011, il y avait 12 264 coopératives sociales en Italie dont environ un tiers de type B. Les coopératives sont souvent réunies en consortiums.

Depuis 1994, les soutiens intégrés pour l'insertion professionnelle (Sostegno Integrato per l'Inserimento Lavorativo, SILL) offrent à la place des ASL un accompagnement dans la recherche d'emploi pour des personnes majoritairement handicapées, à l'initiative des centres de formation des coopératives de type B. Sur la base de projets personnalisés, ces services expérimentaux effectuent une médiation entre les secteurs public et

privé de l'emploi et les demandeurs d'emploi. L'absence de pérennité renvoie aux financements européens potentiellement non reconductibles qui en constituent l'appui principal. En 1999, la rénovation des politiques d'emploi a conduit à l'instauration de quotas d'employés en situation de handicap pour les entreprises.

## Enfants

### DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

La Constitution garantit l'accès de chaque enfant à l'école. La classification des différents types de handicap est mobilisée pour une évaluation afin de déterminer le nombre d'enseignants de soutien nécessaires à l'inclusion de l'enfant, cependant la description des besoins éducatifs réels des enfants ne semble pas toujours mobilisée (ANED, 2010). Cette classification continue de s'enrichir, par exemple avec la reconnaissance en 2010 de la nécessité de dépister et d'accompagner dans le milieu ordinaire les troubles spécifiques des apprentissages. Les enseignants et les écoles sont responsables de la préparation et de la mise en œuvre des plans personnalisés d'éducation, en partenariat avec les familles et avec une série de spécialistes compétents. Enfin, l'État a mis en place dans les années 2010 une nouvelle certification délivrée par les écoles à la fin du cursus (primaire puis secondaire) précisant pour chaque élève (qu'il soit ou non en situation de handicap) les compétences et les savoir-faire ainsi que les espaces d'apprentissage ou de formation à prioriser pour les accroître.

### PRESTATIONS ET FINANCEMENTS

Les besoins en soins et en accompagnement sont couverts par les services fournis par les autorités locales de santé, les municipalités et des allocations en espèce. Les besoins des familles avec un enfant en situation de handicap sont couverts par les prestations familiales, via l'augmentation du plafond de revenus familiaux qui conditionne leur allocation. Depuis le plan national de lutte contre la pauvreté de 2016, les familles disposant de faibles ressources et comprenant une personne en situation de handicap peuvent bénéficier du support pour une inclusion active (Sostegno per l'Inclusione Attiva, SIA), sous forme de carte d'achats prépayée (80 à 400 € par mois, pour une durée maximale d'un an).

Depuis 1990, l'allocation de fréquentation d'établissement (scolaire, de formation professionnelle, de travail protégé ou de rééducation) concerne les enfants « dont les difficultés persistantes ne permettent pas d'assurer les fonctions habituelles à cet âge » ; elle ne peut être cumulée avec l'indemnité d'accompagnant.

### OFFRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES

Les lois de 1971, 1977 et 1992 ont abouti à une généralisation de l'inclusion scolaire en abolissant la différence entre classes spécialisées et ordinaires. Cette inclusion scolaire massive a permis de développer l'accessibilité des espaces de classe et des écoles qui paraît aujourd'hui généralisée. Les taux de scolarisation des élèves en situation de handicap sont plus importants dans le système public que dans les écoles privées, et les taux d'inscription en écoles spéciales sont très bas (ANED 2010).

L'accompagnement scolaire en milieu ordinaire est réalisé par des enseignants spécialisés venant en renfort de l'enseignant principal. La loi de 1977 a mis l'accent sur la formation initiale et continue des enseignants pour développer les compétences dans ce domaine. L'hébergement des enfants en situation de handicap est assuré par les familles. Les établissements spécialisés ont été fermés dans les années 1970. Ce choix radical et la rapidité de son application ont constitué un choc pour les familles confrontées au retour des enfants à domicile et à leur accompagnement scolaire.

### BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

- ANED (2016). *European Semester 2015/2016 country fiche on disability – Italy*.
- Ascoli, Ugo & Pavolinin Emmanuele (dir.) (2015). *The Italian welfare state in a European perspective: A comparative analysis*. Bristol : Policy Press.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Initial reports of State parties due in 2011- Italy,
- De Leonardis, Ota, &, Vitale, Tommaso (2002) « Les coopératives sociales et la construction du tiers secteur en Italie », *Mouvement*, 19, 75-80.
- Gori, Christiano, & Pasini, Nicola (2001). « Solidarity and care in Italy ». In: ter Meulen, R., Arts, W., et Muffels, R. (dir.), *Solidarity in Health and Social Care in Europe*, Kluwer Academic Publishers.
- IGAS (2003). *Rapport de synthèse sur la compensation du handicap en Europe*. Paris : IGAS.