

VITA INDIPENDENTE, UNA QUESTIONE DI SCELTA E DI CONTROLLO

Luisella Bosisio Fazzi *

Tutte le persone hanno il diritto di vivere in autonomia e di essere inserite nella propria comunità. Uno sguardo all'esperienza degli altri Paesi

Guardare al di là dei confini nazionali aiuta a comprendere meglio i nodi del nostro Paese. Per questo motivo "Domande all'Europa", indagando come vengono affrontati nelle altre nazioni europee dilemmi e sfide oggi cruciali per la realtà italiana, senza, ovviamente, presupporre che le soluzioni adottate negli altri Paesi siano le migliori ma con la certezza che il confronto produca sempre utili stimoli.

LA CIFRA EUROPEA

Nel mese di febbraio del 2009 su richiesta della Commissione Europea, fu presentato un Report¹ redatto da un gruppo di esperti indipendenti per affrontare la complessità della riforma dell'assistenza negli istituti. Secondo un altro studio, sviluppato negli Stati Membri Eu e Turchia, *De-institutionalisation and community living: outcomes and costs*², chiamato "DECLOC Report", si calcola che almeno 1.2 milioni di bambini (0-18) ed adulti con disabilità vivono in grandi istituti. Più di un quarto dei residenti sono persone con disabilità intellettiva, mentre le persone con problemi di salute menta-

le sono il gruppo più rappresentato. Il numero totale dei residenti è senz'altro più elevato, in quanto molti degli Stati membri posseggono solo dati parziali.

I dati sulla dimensione di queste strutture sono incerti in quanto non è un elemento rilevabile dalle statistiche ufficiali nazionali e pertanto nello studio si riporta la capienza della struttura divisa in tre gruppi: strutture con più di 30 posti letto, con meno di 30 posti e strutture con dati non rilevati. Se ricorriamo alle informazioni relative ai finanziamenti pubblici destinati a tali servizi, il DECLOC Report rileva che in 16 dei 25 Paesi, per i quali le informazioni sono disponibili, i fondi pubblici (locali o regionali) sono destinati al finanziamento di istituti con più di 100 posti letto. In 21 Paesi i finanziamenti sono destinati a strutture con più di 30 posti letto. Questi dati fanno presumere che nell'Europa del 21° secolo la capienza delle strutture più grandi possono superare il numero di 100 posti letto e che la maggioranza di esse supera i 30 posti letto.

Nell'area della salute mentale si rileva una decrescita, negli ultimi

decenni, del numero dei servizi di lungo degenza, anche se il grado di questo cambiamento è più marcato nell'Europa occidentale che in quella centrale ed orientale.

Per quanto riguarda la condizione dei bambini, si stima che sul territorio dell'Unione Europea siano 150.000 i minori³ che vivono in strutture residenziali. Nell'Europa occidentale la maggioranza dei minori senza sostegno familiare sono collocati in strutture di comunità familiare, affidati alla loro rete parentale o posti in adozione. Queste tipologie di protezione non sono presenti nell'Europa centrale ed orientale, dove predomina l'istituzionalizzazione e dove pare siano più di 600.000 i minori istituzionalizzati dei quali solo il 2-5% siano orfani⁴.

LA CIFRA ITALIANA

Attualmente è disponibile solo una ricerca che l'Istat ha pubblicato nel 2010: "Un'indagine multiscope "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005" dalla quale risulta che le persone con disabilità⁵ di sei anni e più, che vivono in famiglia, in Ita-

*] Presidente Fondazione Orizzonti Sereni - Fonos Onlus. Consigliere LEDHA.

lia sono due milioni e 600 mila, pari al 4,8 % della popolazione italiana. La disabilità è un problema che coinvolge soprattutto gli anziani, infatti, quasi la metà delle persone con disabilità, un milione e 200 mila, ha più di ottanta anni.

In Italia il 93% delle persone con disabilità vive in famiglia. Il 37% delle persone con disabilità vive in coppia (il 27% senza figli e il 10% con figli). Il 32% delle persone con disabilità vive solo. Tra i giovani adulti con disabilità (6-44 anni) il 62% sono figli che vivono con i genitori.

Le persone con disabilità che invece vivono in istituto sono 190mila circa: lo 0,4% della popolazione italiana. Queste persone sono in gran parte (83%) anziani non autosufficienti, il 6% sono adulti con una disabilità psichica e un altro 6% adulti con una disabilità plurima. Il 70% delle persone con disabilità che vive in istituto si trova presso una residenza sanitaria assistenziale o una residenza sociosanitaria per anziani, tale valore sale al 78% se si tratta di anziani non autosufficienti. Gli adulti con disabilità vi-

Istituto

Non esiste una definizione condivisa del termine "istituto" (*institution*), in quanto il termine è usato in modi differenti nei Paesi. Nel contesto della condizione di disabilità, le persone con disabilità usano il termine "istituto" per riferirsi a forme di organizzazione della loro vita che li separano dalle loro famiglie, al di fuori delle loro comunità locali, in contesti che non permettono loro di scegliere e controllare la loro quotidianità. Secondo l'OMS*, tali "istituti" non sono definiti solo per le loro dimensioni, ma soprattutto per le caratteristiche della "cultura di istituto" e della relativa assistenza istituzionalizzante (istituzional care) che sono: la *spersonalizzazione* (eliminazione degli oggetti personali, segni e simboli della propria identità), la *rigidità della routine* (orari rigidi di sveglia, pasti e attività senza rispetto delle preferenze o necessità personali), i *trattamenti a blocchi* (forniti a gruppi senza attenzione all'individuo) e la *distanza sociale* (che simbolizza il differente status tra staff e residenti).

*] WHO and World Bank (2011), p. 305.

Utenti dei servizi

È appurato che gli utenti dei servizi indicati negli studi citati, sono divisi in quattro categorie: persone con disabilità, anziani, minori e persone con problemi di salute mentale, ma è risaputo che essi vengono identificati come un unico gruppo indistinto: il gruppo dei cittadini vulnerabili. In Italia poi si parla di "non autosufficienza"* e questa definizione include indistintamente persone con disabilità ed anziani.

*] Rapporto sulla non Autosufficienza www.lavoro.gov.it.

vono prevalentemente nelle comunità socio-riabilitative (22%) o nelle residenze sanitarie assistenziali (19%). La ricerca ISTAT esclude i dati relativi alla disabilità intellettiva e dei bambini sotto i 6 anni, rendendo invisibili questi due gruppi, la cui fragilità è ancora più intensa e complessa. La debolezza di questi dati nazionali deriva dal fatto che non sono aggiornati né disaggregati, sono focalizzati sul "contenitore" (il servizio, la famiglia, ecc.) e non sulla persona con disabilità come individuo, rendendo difficile la conoscenza della sua condizione personale.

LA VITA INDIPENDENTE

Per le persone con disabilità, Vita Indipendente significa *poter vivere proprio come chiunque altro: avere la possibilità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e la capacità di svolgere attività di propria scelta, con le sole limitazioni che hanno le persone senza disabilità*⁶.

E quindi poter esercitare il diritto ad avere una vita indipendente ed essere inclusi nella società significa avere a disposizione misure politiche, normative, tecniche, economiche nonché servizi territoriali (*community-based services*) di qualità che forniscano il supporto necessario e permetta loro di partecipare alla vita quotidiana della comunità a cui appartengono. Una qualità dei servizi basata su alcuni principi:

- Servizi centrati sulla persona, cioè su misura per le esigenze individuali, desideri e aspirazioni, fornendo assistenza affinché la persona possa raggiungere i propri obiettivi e adattando il tipo ed il livello di supporto in base alle necessità della persona.
- Servizi che sostengono la vita familiare e di relazione fornendo aiuto alla persona, ai suoi familiari, alla rete amicale per consentire di vivere e far parte della

Vita indipendente

Tutte le persone hanno il diritto di vivere in autonomia ed inseriti nella propria comunità, di scegliere il luogo dove, come e con chi vivere ma soprattutto il diritto a vivere dignitosamente. Tutti i bambini hanno il diritto a vivere in famiglia, la loro o in casi specifici in famiglie affidatarie.

società, migliorando le loro capacità piuttosto che la distruzione od il collasso di tali relazioni dovute al carico di cura.

- Servizi che adottano il modello sociale della disabilità, definendola come un rapporto sociale, dipendente dalle condizioni di salute in cui si trova una persona e le condizioni ambientali e sociali in cui si svolgono le sue attività.
- Servizi che applicano le loro attività in tutte le fasi della vita della persona, fornendo quanto necessario per consentire una buona qualità di vita.

La mancanza di questi servizi territoriali, una loro bassa qualità o addirittura essere inseriti negli istituti o in luoghi impregnati dalla cultura istituzionalizzante, è percepito come una violazione del loro diritto a vivere dignitosamente e nella società. Questi diritti sono sanciti dai Trattati sui diritti umani internazionali (ONU) ed Europei, compresi la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, la Convenzione del Fanciullo, la Carta Sociale Europea e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. Nello specifico la CRPD⁷ modifica la percezione della disabilità, da una condizione medica a quella che vede tale condizione come l'effetto di una interazione tra le caratteristiche di una persona e le barriere che la società crea. L'articolo 19 garantisce il diritto di vivere in modo indipendente e accende i riflettori su questo cambiamento di prospettiva; in esso si sottolinea la necessità di garantire alle persone con disabilità la scelta e il controllo sulla propria vita, l'accesso ai servizi forniti alla generalità dei cittadini e, se necessario, un sostegno individualizzato.

I direct payment, che in Italia si definisce invece come pagamento indiretto, si basa sul diritto della persona con disabilità di scegliere autonomamente le persone da cui farsi assistere gestendone le modalità contrattuali. L'assistenza personale autogestita (PA = *Personal Assistance*) permette alla persona con grave limitazione dell'autonomia di operare le scelte che riguardano la propria vita quotidiana: alzarsi, lavarsi, andare in bagno, vestirsi, uscire, mangiare, vedere amici, lavorare, studiare, viaggiare, divertirsi. Gli assistenti vengono regolarmente assunti con contratto di lavoro secondo quanto previsto dalle vigenti leggi, e vengono formati direttamente dalla persona disabile. Gli interventi sono personalizzati e finalizzati alle necessità individuali, e permettono di compiere le azioni che la disabilità impedisce. Comprendono la cura della persona, l'aiuto domestico, la mobilità in casa e fuori, al lavoro e nel tempo libero, con un mansionario individuale concordato direttamente con l'assistente o gli assistenti personali assunti. I finanziamenti che arrivano dallo Stato, dai Comuni, dagli Enti gestori, a seconda delle normative, sono destinati totalmente all'assunzione ed al pagamento dei relativi stipendi e contributi e devono essere rendicontati. In alcuni Paesi europei sono previste rendicontazioni anche per le spese di viaggio degli assistenti, esempio in Svezia, unico Stato nel quale il diritto all'assistenza personale secondo la formula dei *direct payment* è un diritto esigibile sancito dalla legge.

a cura di Germano Tosi – Enil Italia

LA SCELTA ED IL CONTROLLO: UNA QUESTIONE APERTA

L'anno scorso un noto marchio di autovetture, per spingere all'acquisto, ha prodotto uno spot pubblicitario dove accanto alle immagini una voce in sottofondo recitava: [...] *ciò che ci rende davvero unici sono le nostre scelte*.

È vero, decidere da sé il proprio futuro e fare da sé le proprie scelte è tipico dell'uomo tant'è che a volte esistere significa anche "poter scegliere". Infatti la vita oltre la sopravvivenza è fatta di relazioni ed esperienze nelle quali l'uomo sceglie e non è possibile immaginare il binomio "uomo-persona" senza questa facoltà tanto che, a volte, può liberamente scegliere di non scegliere.

È evidente però, alla luce di quanto esposto prima, quanto nella scelta libera e consapevole delle rela-

zioni e delle esperienze sia alto il livello di discriminazione subito dalle persone con disabilità.

Purtroppo è molto comune tra le persone con disabilità la condizione di essere dipendente da una sola persona (la mamma?) o da una organizzazione (il servizio sociale, l'istituto, la residenza magari sanitaria). E questo succede a persone sia con disabilità fisiche, sensoriali che intellettive. Purtroppo, se possiamo ammettere che persone con disabilità fisiche e/o sensoriali possano essere messe nelle condizioni di scegliere liberamente e consapevolmente, non siamo in grado di immaginare che una persona con disabilità intellettiva e relazionale, e quindi tutte le persone con disabilità intellettiva e relazionale, ne abbiano la capacità e quindi l'opportunità.

La CRPD afferma e riconosce che il diritto di scegliere è un diritto da promuovere e difendere e che è acces-

Cosa accade in Europa:

- Paesi scandinavi (SWE, N) con prestazioni erogate all'occorrenza dei rischi, anche generose, fornite dallo Stato con il gettito fiscale, secondo un regime di *welfare* social-democratico con copertura universale (eleggibilità). Il sistema del *direct payment* è ben funzionante e sufficientemente liberalizzato, la sua esigibilità garantita solo legalmente in Svezia. Le organizzazioni di persone con disabilità (C.I.L.) dispongono di fondi dedicati anche di provenienza europea e gestiscono buona parte di questa tipologia di servizio.
- Paesi anglosassoni (GB, IRL) con prestazioni erogate universali solo riguardo la sanità (derivanti dal gettito fiscale), con la condizione di bisogno da verificare. Le prestazioni cash derivano dai contributi sociali. Il regime fiscale è del tipo liberale o "residuale" (*less eligibility*). Il sistema del *direct payment* è mantenuto sebbene la crisi economica abbia ridotto il gettito. Anche qui il ruolo dei C.I.L. svolge attività di gestione e di *lobby*, partecipando alle politiche con il governo secondo la logica della sussidiarietà.
- Paesi centroeuropei (FRA, GER, NL, B) sistema con prestazioni differenziate in base alla posizione lavorativa ed al gruppo sociale; l'erogazione dei servizi varia secondo retribuzioni e contributi e lo Stato interviene nelle parti mancanti. Il regime fiscale è tipo conservatore-corporativo. L'impatto della crisi economica ha messo a rischio il sistema del *direct payment* obbligando le organizzazioni locali ad intervenire a sostegno con azioni di protesta.
- Paesi Europa meridionale (E, I, SB, SL, BG, CY) la copertura universale vale solo per la sanità mentre è selettiva sulle prestazioni sociali, molto diversificate. Il gettito fiscale copre la sanità e le parti sociali mediano con la contrattazione. Nella fascia meridionale i *direct payment* sono stati soggetti a decurtazioni a causa di forti riduzioni dei fondi socio-sanitari, nonostante l'azione delle organizzazioni di persone con disabilità. La copertura non è totale ma a macchia di leopardo, in base alla forza delle associazioni ed all'attenzione delle amministrazioni locali.

a cura di Germano Tosi - Enil Italia

le territoriale anche sul lungo periodo. Il sistema delle strutture, delle politiche e dei programmi, dei costi e dei risultati, il sistema dei fornitori di servizi, lo sviluppo economico locale, i sistemi di finanziamento pubblico e privato.

- Rafforzare la percezione positiva del cambiamento verso la de-istituzionalizzazione attraverso l'adozione di politiche di inclusione, lo sviluppo di politiche a supporto dell'inclusione, ascoltare e confrontarsi con le persone con disabilità, le loro famiglie, le loro organizzazioni. Richiedere agli organismi professionali di rendere le loro pratiche in linea con la promozione dell'inclusione.

Queste raccomandazioni generali, se applicate al tema della de-istituzionalizzazione e della vita indipendente, possono permettere alle persone con disabilità di poter vivere il territorio del proprio Paese, di avere desideri ed aspirazioni, di essere importanti, di aiutare gli altri quale orizzonte e obiettivo da realizzare.

sibile a tutti e non solo a chi è intelligente, colto, ricco e consapevole. Nell'immaginario collettivo invece la persona con disabilità è solo un oggetto di cura ed assistenza e le si nega qualsiasi protagonismo, anche minimo. Partecipare, condividere responsabilità, vivere le difficoltà, sperimentare la consapevolezza delle azioni pare non appartenga a loro, nemmeno quando ne hanno le possibilità e competenze. Nel concludere faccio mie alcune raccomandazioni del citato "DE-CLOC report" molto concrete, attuabili e necessarie per attivare il processo di cambiamento verso

servizi rispettosi dei diritti umani delle persone con disabilità.

- Analisi e ristrutturazione delle fonti informative esistenti perché la raccolta dei dati è lo strumento che permette oltre la conoscenza di formulare ed attivare programmi di politiche amministrative coerenti.
- Condividere ed armonizzare tali raccolte dati sul territorio europeo nonché renderle pubbliche per conoscere il progresso in ogni Stato membro.
- Attivare processi di analisi costo-efficacia tra il modello istituzionalizzante e quello residenzia-

1] Report of the "Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care".

2] MANSELL J., KNAPP M., BEADLE-BROWN J., BEECHAM J. (2007) *Deinstitutionalisation and community living - outcomes and costs: report of a European Study*, volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

3] [http://www.eurochild.org/index.php?id=208&tx_ttnews\[tt_news\]=271&tx_ttnews\[backPid\]=185&chash=92a7bc14dc](http://www.eurochild.org/index.php?id=208&tx_ttnews[tt_news]=271&tx_ttnews[backPid]=185&chash=92a7bc14dc).

4] <http://bettercarenetwork.org/BCN/details.asp?id=30576&themeID=1002&topicID=1017> Unicef report: Children under the age of three in formal care in Eastern Europe and Central Asia: A rights-based regional situation analysis.

5] http://www.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf.

6] <http://www.enil.it/enil.htm>.

7] Convenzione Onu sui "Diritti delle Persone con Disabilità" ratificata dall'Italia con legge 18/2009.

LEGISLAZIONE	FORNITORE	TIPO DISABILITÀ	CONTRIBUTO	NUM. UTENTI
BELGIO FIANDRE				
Nel 1987 nasce Independent Living Flanders (ILV). Dal 2000 sono attivi i PAB (Personal Assistance Budgets)	Flemish Government Ministry for Welfare Amministratore servizi: VAPH (Flemish Agency for People with Disability)	Tutte con età <65 anni Valutate da <i>équipe</i> multidisciplinare	Da 9.344€ fino a 43.609€ l'ora	Circa 2.000 ma ci sono circa 6.000 utenti in lista d'attesa
BELGIO VALLONIA				
Decreto del Governo dal 2009	Amministrazione regionale	Tutte le disabilità con età <65 anni Valutate ogni anno le richieste	8€ all'ora	Circa 175
FRANCIA				
Legge del 2005 contenente principi generali sull'assistenza personale nel decreto 1591	MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), presente in ogni Dipartimento e valuta il monte ore necessario tramite la GEVA (Guide D'Evaluation)	Tutte quelle ove viene ritenuta valida l'assistenza personale da 0 a 60 anni ma esistono casi >60. In realtà i principi del decreto non garantiscono una reale assistenza personale	Da 3,47€ (per famiglie) a 17,59€ ora (per singoli). Mediamente si arriva a circa 800€ al mese. Per i sordi è previsto un mensile di 358,8€ mese, per i non vedenti 598€ mese	Non si conoscono i numeri nei 101 Dipartimenti. Nei Dip. Ile et Vallaine i progetti attivi sono 1.000.
BIELORUSSIA				
Servizi per l'assistenza personale inesistenti. Anche l'assistenza di base è insufficiente e per certi contesti anche discriminatoria	n/a	n/a	n/a	n/a
CIPRO				
Un progetto nominato "Social Companion" per la promozione dei diritti alla mobilità, aveva all'interno principi per l'aiuto personale ma è stato finanziato dall'Ufficio Affari Sociali, con 5.000€ solo per il 2009. Nel 2011 fu ridotto a 2.000€ ed oggi non esiste più	n/a	L'assistenza personale non è un servizio riconosciuto. Esistono pochi casi di cura riferiti a persone senza famiglia e disabilità grave	n/a	n/a
DANIMARCA				
Il BPA (Bourgeois Personal Assistance) è il servizio relativo all'Assistenza personale, attivo dal 2009, che fa parte della Legge sui servizi sociali	La gestione è a cura dei Comuni e delle cooperative che ricevono i soldi dallo Stato e personalizzano l'intervento monetario	Sono coperte anche le disabilità psichiche e intellettuali, oltre alle motorie	Dipende da quanto stabilito dai Municipi. Sono previsti rimborsi per spese viaggio degli assistenti	Circa 2.500
GERMANIA				
Dal 2008 l'assistenza personale è un diritto legalmente riconosciuto	Social Welfare (Ministero del lavoro e affari sociali)	Tutte le disabilità. Molti di più i disabili motori. Qualsiasi età. Non ci sono criteri appositi ma valutazione del caso	Il medico e l'assistente sociale decidono con il richiedente o con la famiglia. Il contributo varia da 400 a 1.300€ al mese. Per gli h24 c'è rischio di prevalenza di istituzionalizzazione	Da 1.500 a 2.000
NORVEGIA				
Dal 1989 è possibile l'assistenza personalizzata che, dal 2000 è un diritto riconosciuto dalla legge.	ULOPA è la più grande cooperativa di persone disabili che gestisce i servizi di assistenza personale. Poi vi sono i Municipi e compagnie private	Dalla revisione della legge nel 2009 sono incluse anche le disabilità intellettive. Oltre ai 67 anni è più difficile ottenere la PA	Dipende da quanto viene stabilito per ogni caso. Amministratori di ULOPA hanno fino a 47 ore a settimana	3.040 persone nel 2012

(segue)

LEGISLAZIONE	FORNITORE	TIPO DISABILITÀ	CONTRIBUTO	NUM. UTENTI
SERBIA				
Dal 1981 la legge prevede per le persone disabili gravi un supporto in denaro che va da 140 a 210€ al mese. La legge odierna non prevede ancora l'ass. personale. Il CIL nato nel 1996 ha avuto importante ruolo	Ci sono stati servizi gestiti da organizzazioni inglesi e irlandesi e nel 2011 il CIL di Novi Sad ha ottenuto accreditamento dall'Agenzia Serba della protezione sociale	Negli ultimi anni il C.I.L. ha gestito oltre 400 progetti in 10 municipi con fondi di <i>provider</i> privati e NGO. Le disabilità interessate sono fisiche e visive	Basate secondo necessità da 20 a 40 ore max a settimana Massimo importo 320€ al mese al lordo delle tasse, contando che lo stipendio medio è di 155€. In pratica è 1,23€ ora al netto delle tasse che in Serbia ammontano al 65% in più	Attualmente circa 100 utenti seguiti dai C.I.L. locali. Altri 50 sono amministrati dalle Agenzie di impiego locali secondo propri criteri e procedure
SLOVACCHIA				
Grazie al lavoro di Adolf Ratzka e dello Swedish I.L. Insitute nel 2009 l'Act on Direct Payment for Compensation of Severe Disability include 14 tipi di P.A.	Il principio contenuto nell'Atto è l'autogestione del progetto ma sono riconosciute le Agenzie per il Servizio dell'assistenza personale. I fondi sono statali gestiti dai municipi	Tutte le disabilità anche se sono pochi i progetti per le disabilità mentali. Da 6 a 65 anni. Sono controllati ogni 3 anni tramite assistenti sociali	Max 20 ore al giorno (solo 38 persone hanno queste ore). 2,71€ l'ora nel 2013	8.076 (statistiche di dicembre 2012) persone con grave disabilità
SPAGNA				
Dal 2006 è riconosciuto il diritto tramite un Atto (di promozione dell'autonomia personale e cura delle persone disabili) inserito nella legge (la Ley Independencia)	Il Servizio Sociale riceve denaro dalle comunità autonome che gira direttamente alle persone disabili ma il denaro è insufficiente. Si usano scale di valutazione tipo ADL. La figura dell'assistente personale non è riconosciuta	In teoria tutte le disabilità ma in pratica solo per gravi disabilità e coperture diverse ed insufficienti secondo il territorio. Dai 18 anni in su	In base a 3 livelli di gravità e solo per il più grave è previsto un contributo suddiviso in altri 2 sottolivelli. Da 625,47€ fino a 833,96€ al mese, in pratica circa 3 ore al giorno	Circa 1.300 nel 2012
SVEZIA				
Iniziano nel 1980 i progetti di assistenza indiretta che diventa un diritto riconosciuto esigibile dalla legge del 1994. Insieme a Finlandia e Danimarca legislazione corrispondente ai principi di ENIL	Le cooperative (di persone disabili), compagnie private e municipi versano direttamente alle persone disabili richiedenti. Le autorità locali versano fino a 20 ore settimanali e il resto lo dà lo Stato	Tutte le disabilità con necessità uguali o oltre 20h a settimana. Previsti interventi h24 e oltre. Età da 0 a 65 anni. Possono proseguire oltre ma non iniziare se >65	Contributo del 2013 è di 275 SEK, per ora, cioè fino a 32€ per ora.	17.000 utenti
REGNO UNITO				
Dal 1996 la legge permette la formula del "direct payment" per tutte le persone con disabilità, anziani compresi. La restrizione è per coloro che non sono in grado di gestire in autonomia il progetto	Community care e Atto legislativo, attivo dal 1997. I servizi sociali decidono la necessità con il richiedente. Il costo orario include gli oneri per l'assistenza personale e una assicurazione ma è stato comunque ridotto	Tutte le disabilità, età 18 e oltre ma anche giovani con 16 e 17 anni. È stato introdotto un importo mensile minimo dal 1999. La Disability Allowance DLA: tra 20,55 £ e 131,50 £ a settimana	PIP Personal Independent Allowance composta da Daily Living Component (da 20,51, 51,85 e 79,15 £) + Mobility Component (da 21 a 55,25 £ x sett). Costo orario £14,70 contro £35,70 del costo "in house"	Circa 139.000 utenti nel 2012
IRLANDA				
Non è ancora un diritto esigibile. Dal 2010 si attende un disegno di legge apposito	Il servizio sociale HSE decide il rateo da dare alle persone disabili. Esistono 22 C.I.L.	Tutte le disabilità. La DLA è di 188€ a settimana	Costo orario 13,47€ per ora che raddoppia nei <i>week-end</i> o per notturno	Oltre 2.480 nel 2012

Tabella 1 – Situazione legislativa e supporti monetari per la P.A. nei vari Paesi membri – A cura di Germano Tosi – Enil Italia