

Allegato al

n. del
6 6 9 0 18 DIC. 1995



Scheda n° 2

Interventi per l'integrazione scolastica.(art.8
lett.m e art. 12 e seg.).

1 - Gli ambiti di intervento riguardano

a) realizzazione di" attività extrascolastiche per integrare ed estendere l'attività educativa in continuità e in coerenza con l'azione della scuola"

b) assicurare forme di sostegno al P.E.I.

c)attivazione di laboratori scolastici

d)sperimentazione di forme organizzative programmate d'intesa tra autorità scolastica e ULSS per l'inserimento scolastico di alunni con particolari gravità.

2 - Risorse disponibili: - L. 1.000.000.000.-

3 - Soggetti richiedenti: ULSS

4 - I progetti delle ULSS devono contenere i seguenti elementi:

- relazione analitica dell'intervento (o degli interventi) con la rappresentazione dei costi previsti.

La relazione deve altresì contenere i dati quali - quantitativi dell'intervento e le modalità di verifica dei risultati;

- gli strumenti di raccordo operativo con la scuola o altre soggettività interessate al problema e ad esso concorrenti;

- il ruolo dei servizi dell'ULSS

Allegato al

n. del

6690

18 DIC. 1995

Scheda n°3

1.- Ambiti di intervento

Formazione professionale e collocamento al lavoro

1) Gli interventi in area formativa sono finalizzati a proporre (anche in via sperimentale) moduli formativi rivolti a disabili fisici, traumatizzati - età adulta, con una specifica finalizzazione al lavoro.

2) Gli interventi per il collocamento al lavoro sono finalizzati ad attivare particolari forme di supporto al collocamento lavorativo.

2.- Le risorse disponibili sono 750.000.000.-

3.- I soggetti richiedenti: ULSS

4.- I progetti di cui al punto 1 devono contenere i seguenti elementi:

1= relazione circa il fabbisogno formativo accertato e possibili percorsi formativi da attivare specificando la disponibilità di risorse (agenzie formative), strutturali organizzative) sul territorio

2 - studio di fattibilità di percorsi formativi particolari

3 - previsione di costi.

I progetti di cui al punto 2 devono contenere i seguenti elementi:

1 - relazione nelle forme di collocamento che si intendono attuare con la specificazione durata e degli oneri (finanziari e operativi) a carico delle ULSS

- indicazione degli strumenti di rapporto o d'intesa programmatica con il Ministero del Lavoro e i datori di lavoro

- previsione di costi

Il concorso regionale concorre alla realizzazione (con contributi integrativi) o al miglioramento (con contributi complementari) di progetti che sono espressione di scelte locali la cui validità è espressa dalle risorse stanziare.

Di conseguenza si ammettono a finanziamento progetti che in riferimento alle aree illustrate richiedono un contributo integrativo e progetti che richiedono un contributo complementare.

In ordine ai primi la graduatoria è determinata in base alla entità della differenza tra il costo del progetto e l'entità delle risorse proprie deliberate dall'ULSS, con priorità al progetto che esprime la differenza minore.

Il riferimento ai secondi il progetto proposto è realizzabile per intero con le risorse dell'Ente proponente; il contributo riguarda un aspetto complementare del progetto ritenuto, tuttavia, importante per conferire maggiore efficienza o efficacia al progetto medesimo, (es. dotazione di strumentazione particolare ovvero l'avvio di ricerche o di seminari di studi...).

Anche in questo caso la graduatoria è definita in ragione del rapporto percentuale tra il costo complessivo del progetto e l'entità dell'intervento complementare con priorità al progetto che esprime la percentuale più bassa.

Gli interventi di cui ai punti 4-5-6-7 sono attuati direttamente dalla Giunta attraverso il Dipartimento per i servizi sociali.

Il servizio di informazione (punto 4) già in funzione da tre anni con la denominazione di "Regione Veneto Informa, Sez handicap" è gestito dalla Associazione AIAS di Vicenza.

Il livello di interesse espresso dal territorio suggerisce di proseguire l'esperienza con la formula iniziale, ipotizzando anche possibili collegamenti con la carta dei servizi, con il contestuale impegno della Giunta a ricercare e a definire entro l'anno 1996, soluzioni gestionali definitive.

L'entità del concorso regionale per una ulteriore fase limitata a sei mesi di attività comporta una spesa di L. 250 milioni IVA inclusa.

In ordine al problema dell'osservatorio (punto 5),

LOMBARDIA

**Regione Lombardia****- 4 APR. 1996**

Giunta Regionale
Settore Famiglia e Politiche Sociali
~~Settore Assistenza e Sicurezza Sociale~~
Servizio Assistenza e Beneficenza
Pubblica
Piazza Duca D'Aosta, 4
20124 Milano
Tel. 02 - 67651

Ufficio Handicap MM/te

Prot. n. 98876/8341/G1

Al Commissario di Governo

MILANO

Al Vice Capo di Gabinetto

Dott.ssa Cittadino

Dipartimento Affari Sociali

Presidenza Consiglio dei

Ministri

ROMA

OGGETTO: trasmissione relazione su stato attuazione L. 104/92.

Con riferimento all'art. 41 della Legge citata in oggetto si trasmette la relazione relativa agli interventi effettuati nel 1995 a favore delle persone handicappate.

Distinti saluti.

Il Dirigente del Servizio
Assistenza e Beneficenza
(Dott.ssa Angiola Gerosa)

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI • GABINETTO •
16 APR. 1996
Prot. n. 1711/30.16.7 bio

*Trasmissione
da parte del
Dip. Aff. Sociali
all'Ufficio
Handicap*

REGIONE LOMBARDIA

SETTORE FAMIGLIA E POLITICHE SOCIALI

**Relazione sullo stato
di attuazione della
Legge 5/2/92 n° 104**

Anno 1995

I N D I C E

- 1. Premessa**
- 2. Accertamento dell'handicap (art. 4)**
- 3. Cura e riabilitazione (art. 7)**
- 4. Inserimento e integrazione sociale (art. 8)**
- 5. Integrazione lavorativa (art. 18)**
- 6. Trasporti individuali (art. 27)**
- 7. Protesi ed ausili tecnici (art. 34)**

1. PREMESSA

Anche per il 1995 la relazione sullo stato di attuazione della L. 104/92 segue l'impostazione data negli anni precedenti, identificando cioè nell'articolato della Legge l'indice degli interventi effettuati.

A seguito però di modificazioni organizzative intervenute in Regione Lombardia durante lo stesso anno, il gruppo di coordinamento istituito nel 1992 (e già citato negli atti precedenti) non ha potuto operare compiutamente al fine di predisporre una sintesi complessiva dell'intervento regionale.

Pertanto gli argomenti di seguito trattati riguarderanno esclusivamente l'ambito socio-sanitario, ponendo particolare attenzione laddove sono state attivate modalità innovative.

2. L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP (ART. 4)

Le Leggi Regionali 9/82 e 18/85, recependo le competenze dell'art.14 lettera q) della Legge 833/78 in materia di accertamenti medico-legali, hanno dettato le norme per la composizione delle Commissioni Sanitarie per il riconoscimento dell'invalidità civile, cecità e sordomutismo delle U.S.S.L. e prescritto le procedure e le modalità di organizzazione dell'attività accertativa.

All'entrata in vigore della L.295/90 le Commissioni suddette, in Regione Lombardia, presentavano le seguenti quattro caratteristiche:

- a) - presenza di una o più Commissioni in ogni U.S.S.L. per un totale di 93 Commissioni insediate in tutte le 83 U.S.S.L.;
- b) - rispetto delle norme regionali in materia di composizione che implicavano la presenza in ogni commissione di:
 - Presidente: responsabile del Servizio di medicina specialistica della U.S.S.L.
 - Componenti obbligatori:
 - Medico Legale
 - Medico del Lavoro
 - Medico designato dai Patronati
 - Medici in rappresentanza di A.N.M.I.C., E.N.S. e U.I.C.
 - Segretario
 - Componenti Integrativi: Medici specialisti nominati nella deliberata istitutiva della Commissione e convocati seduta per seduta in funzione delle consulenze necessarie agli specifici accertamenti;
- c) - nomina, per ogni titolare, di due supplenti, al fine di garantire fino a tre sedute settimanali;
- d) - definizione delle procedure per la conduzione delle visite domiciliari, la raccolta dei dati e l'accesso agli stessi.

La promulgazione della L.295/90 ha comportato che le Commissioni fossero rideliberate dalle U.S.S.L. lombarde unicamente per le variazioni nella componente obbligatoria, non avendo tale legge intaccato le competenze organizzative regionali, per quanto da esse non normato.

L'entrata in vigore della L.104/92: "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", ha prescritto una duplice integrazione delle Commissioni:

- per la presenza dell'esperto in materia di handicap che, ai sensi dell'art.19 è un medico specialista, le Commissioni lombarde non hanno dovuto effettuare integrazione alcuna, stante la composizione già integrata a questo livello dettata dalla normativa regionale vigente.

Tutte le 137 Commissioni presenti nelle Aziende USSL della Regione Lombardia sono integrate dagli specialisti, secondo quanto rilevato nell'Albo degli accertatori 1995;

- per quanto attiene l'integrazione con l' "operatore sociale ", sono state dapprima individuate figure e competenze già presenti nei Servizi Sociali delle U.S.S.L. lombarde.

Con Circolare n.33 del 28.6.1993 la Regione Lombardia ha specificato che per Operatore Sociale debbano intendersi esclusivamente le tre figure professionali dello Psicologo, dell'Assistente Sociale e dell'Educatore Professionale.

I dati riportati nel citato Albo degli Accertatori mostrano che l'inserimento degli operatori sociali nelle Commissioni è avvenuto in tutte le USSL lombarde.

In totale gli operatori sociali sono 317 di cui 182 sono titolari e 135 supplenti.

Tra le figure professionali 106 sono psicologi, 189 assistenti sociali, 16 Educatori professionali, 6 altre professionalità (pedagogisti e sociologi).

Si può affermare che ci si è avviati al completamento di quel " salto di qualità " proposto dalla Regione con la circolare n.1320 del 1° agosto 1991 passando, grazie anche all'introduzione dell'obbligatorietà della presenza dell'operatore sociale in ogni seduta, da una concezione di riconoscimenti di invalidità ad una valutazione multidisciplinare dell'handicap.

Vi sono tuttora situazioni di non adeguamento a questa linea dovute alla somogeneità delle fonti normative e ad interventi talvolta tra loro contrastanti dei diversi livelli istituzionali sull'interpretazione e sulle modalità di applicazione.

L'operatore sociale ad esempio, con una interpretazione restrittiva richiamabile all'art.4 della L.104/92, non viene utilizzato in tutte le sedute delle Commissioni, ma solamente quanto lo richiede la domanda dell'interessato.

Un ostacolo importante all'effettiva realizzazione di una valutazione "integrata" è costituito dalla mancata modifica del Mod. A/SAN ex Decreto Ministero Interno 28.3.1985, anteriore quindi alla legge 104/92 e non modificabile da provvedimenti regionali.

Nonostante la modificazione della composizione delle Commissioni, la verbalizzazione dei riconoscimenti continua quindi ad avvenire sulla base di tale Modello, che non consente, come noto, di verbalizzare le fasi della valutazione dello svantaggio conseguente l'invalidità (handicap), né di verbalizzare il processo di identificazione nelle misure e degli interventi atti a contrastare tale svantaggio.

Per la dichiarazione di gravità, prevista dall'art.33 della Legge 104/92 è in uso una certificazione personalizzata, rilasciata da parte della Commissione, a firma del Presidente che conferma o smentisce possibilità di dichiarare il richiedente "handicappato in situazione di gravità", stante il riconoscimento di invalidità a suo tempo concesso.

Gli invalidi riconosciuti anteriormente al 1992, con percentuale 10% ottengono la certificazione senza ripresentarsi per una nuova visita. Tutti gli altri vengono riconvocati a visita.

La procedura è stata istituita a fronte di richieste di chiarimenti parte delle USSL relativi al sopracitato articolo, con Circolare prot. 140579 del 20 maggio 1994, dove si stabiliscono le modalità per il riconoscimento dello stato di gravità.

Ancora una volta la Circolare definisce la Commissione "integrata" "unica, obbligatoria unità valutativa della persona handicappata" definizione che viene ripresa nel DPR 698/94, Art.1.

La Regione Lombardia attraverso un gruppo di coordinamento per l'azione della L.104/92 ha elaborato una proposta di Mod.A/SAN modificata con l'integrazione dei dati raccolti dall'operatore sociale per l'aspettamento dello stato di handicap.

Tale modello, previa sperimentazione, verrà proposto ai competenti organi.

Per il riconoscimento dei minori ai fini dell'integrazione scolastica U.S.S.L. della Regione Lombardia procedono ai sensi della Legge 423. Alle Commissioni Sanitarie si rivolgono quindi coloro che necessitano riconoscimento finalizzato a:

- integrazione lavorativa
- accesso a servizi e prestazioni

- provvidenze economiche.

Per quanto attiene il supporto all'organizzazione delle attività valutarie in Regione Lombardia:

- a) in ogni USSL è presente un ufficio che segue tutto l'iter, occupandosi spesso anche delle forniture protesiche e della riabilitazione;
- b) nelle USSL della Regione Lombardia, pur con le difficoltà dovute alla carenza di risorse di personale e finanziarie, è presente un Servizio Sociale, con un Dipartimento per l'handicap, di cui fa parte anche il Servizio di Integrazione Lavorativa (S.I.L.), che permette una più stretta collaborazione e supporto per aiutare il disabile ad usufruire della rete dei servizi e delle risorse presenti sul territorio.

Il D.P.R. 698 del 21.9.1994, sancisce con l'art.1 che le Commissioni mediche USSL sono l'unico organismo abilitato a valutare l'invalidità civile, la cecità, il sordomutismo e gli stati di handicap e svantaggio sociale derivanti dalle invalidità.

Tale definizione avvalorata e conferma la necessità di valutare la persona nel suo insieme, anche a prescindere dal nuovo modello di domanda che tuttora, contraddittoriamente, diversifica gli obiettivi dell'accertamento.

Quest'ultimo Decreto prevede anche l'istituzione di Commissioni sanitarie supplementari e provvisorie, per smaltire le domande giacenti.

Esso istituisce una nuova domanda di presentazione per ottenere l'accertamento di invalidità, che include la possibilità di ottenere lo "stato di handicap" ed esclude preventivamente i motivi per i quali il richiedente chiede l'invalidità (accompagnamento, collocamento obbligatorio, etc.) poiché la decisione è di competenza esclusiva delle Commissioni.

Il DPR 698 inserisce anche:

- a) la possibilità da parte degli eredi di chiedere l'accertamento di invalidità relativo a richiedenti deceduti con procedimenti in itinere;
- b) la possibilità di diffidare l'Assessorato Regionale alla Sanità da parte del richiedente, se la visita non è stata fissata entro 3 mesi dalla data di presentazione della domanda di accertamento.

Rilevazione di alcune caratteristiche generali delle attività accertative nell'anno 1995.

Dati non definitivi alla fine di febbraio 1996 con la rilevazione del IV° trimestre in corso, rendicontato da 81 Commissioni Sanitarie su 137.

La prima linea di tendenza rilevata è la costante della diminuzione del numero di inva riconosciute (-25,3%) che, incrociata con la diminuzione del numero dei convocati (- 24,2% quello degli accertamenti effettuati (24,8%) conferma il calo della "domanda sociale".

Le giacenze di fine anno (calo del -37,7% rispetto al '94) e la diminuzione dei tempi di attesa (n regionale mesi 1,6) segnalano un buon livello di funzionamento delle Commissioni Sanitarie pieno rispetto dei termini dei tempi di attesa previsti dall'art. 3 del DPR 698/94.

Rispetto all'anno precedente sono in calo numerico e percentuale sia i riconoscimenti delle inva totali (-19,3%) sia quelli delle invalidità parziali (-32,3%).

Sono invece aumentati i riconoscimenti di invalidità dei minori, il chè, suscettibil approfondimento e comparazione dei dati, potrebbe rimarcare una maggiore selettività domanda sociale orientata a monte da più tempestivi ed efficaci servizi socio-sanitari.

La tabella seguente sintetizza il quadro riepilogativo delle attività accertative nel 1995 in fa completamento con dati del IV° trimestre.

PROSPETTO SINTETICO DELLE ATTIVITA' ACCERTATIVE NELL'ANNO 1995**- Confronto delle attività accertative nel Biennio 1994 - 1995 TAB. 1**

Situazione al 25/02/1996. Dati non definitivi, per il IV trim. '95 riferiti a n. 81 (pari al 59%) delle 137 Commissioni Sanitarie Istituite.

	ANNO 1994	(*) ANNO 1995	variaz. % 1995 - 1994
1. STRUTTURA ACCERTAMENTO			
- Commissioni attivate	124	137	
- Sedute	12.689	10.779	-15,1
2. ATTIVITA' ANNUALI			
- Convocati	149.613	113.386	-24,2
- Accertamenti effettuati	111.349	83.713	-24,8
- Invalidi riconosciuti	106.532	79.569	-25,3
- Giacenza inizio anno	44.989	28.243	-37,2
- Giacenza fine anno	26.243	16.358	-37,7
- Numero medio accert. per seduta			
- Accertamenti sospesi da Comm. Periferiche	2.551	3.030	18,8
3. POPOLAZIONE ED INVALIDITA'			
- Invalidi riconosciuti	106.532	79.569	-25,3
- Numero abitanti in Lombardia (dati STAT 95)	8.858.824	8.858.824	
- Percentuale invalidi / popolazione	1,2	0,9	
- Mesi di attesa (media regionale)	2,1	1,6	
- nuove domande	130.379	90.000	
4. ESITI DEGLI ACCERTAMENTI			
- Minori non deambulanti	1.178	1.659	40,8
- Invalidi 100% + I.A.	31.719	25.778	-18,7
- Invalidi 100%	24.214	18.669	-22,9
INVALIDI TOTALI	57.111	46.106	-19,3
- Invalidi sup a 2/3	29.479	19.162	-35,0
- Invalidi sup a 1/3	19.942	14.301	-28,3
- TOTALE INVALIDI PARZIALI	49.421	33.463	-32,3

3. CURA E RIABILITAZIONE (ART. 7)

Concorrono secondo la dizione della legge alla cura e riabilitazione delle persone handicappate le prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro.

In Regione Lombardia tale concorso è dato:

- dal sistema d'intervento e dalle articolazioni della medicina riabilitativa
- dal sistema d'intervento e dalle articolazioni del sistema socio-assistenziale.

Per quanto attiene la provenienza delle risorse che alimentano i due sistemi va tenuto presente che il primo utilizza quote del Fondo Sanitario mentre il secondo impiega risorse autonome del bilancio regionale.

Lo schema visualizza le attività della medicina riabilitativa che costituisce, per ragioni evidenti, il sottosistema più consistente nel settore della cura e della riabilitazione.

In esso sono facilmente leggibili le tre fasi dell'accertamento della condizione di avente diritto, di pianificazione degli interventi necessari e di attuazione degli stessi nel rispetto delle modalità predefinite.

Lo schema inoltre consente di cogliere, in corrispondenza ad ogni fase, la struttura organizzativa che la concretizza e, all'interno di essa, i corrispondenti soggetti e strumenti.

Lo stesso schema consente infine di individuare una delle più significative specificità della medicina riabilitativa lombarda: gli strumenti e le fonti del sistema di controllo di gestione.

Attraverso il controllo di gestione consente infine al programmatore pubblico, sia a livello di singola Azienda USSL che a livello regionale la verifica nominativa dell'andamento della spesa e della sua legittimità e correttezza.

Come è noto, le prestazioni fornite dalla rete degli istituti e dei centri convenzionati ex art. 26 Legge 833 (v. tabella 3) agli aventi diritto (soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche, sensoriali dipendenti da qualsiasi causa) costituiscono l'apporto