

esclusivo e specifico alla cura e riabilitazione delle disabilità, del sistema sanitario extra ospedaliero.

In quanto tali le prestazioni ex art. 26 sono totalmente riferite al FSR che ne sostiene tutti gli oneri corrispondendo ai gestori convenzionati il costo totale delle prestazioni.

Diversamente a quanto sopra nella rete delle residenze e dei centri diurni per handicappati, visualizzata nella successiva tabella 4, i finanziamenti assegnati ai singoli gestori e provenienti dal FSR, coprono le prestazioni sanitarie o a rilievo sanitario assicurate in queste classi di presidi appartenenti al sistema dell'integrazione socio-sanitaria.

Per merito dell'approvazione del piano socio-assistenziale, la politica degli investimenti della Regione Lombardia ha potuto assumere - per il complesso dei servizi sociali e nello specifico di quelli per gli handicappati - un riferimento programmatico univoco e certo.

Il processo di definizione degli standard strutturali di tutte le unità di offerta operato dal P.S.A. ha fornito infatti i modelli operativi ai quali uniformare tutti gli interventi edilizi:

- sia quelli relativi alle nuove costruzioni delle unità mancanti al soddisfacimento dei bisogni individuati dagli indici di piano;
- sia quelli riguardanti le ristrutturazioni e le riqualificazioni delle unità funzionanti.

Il P.S.A., e più specificamente gli standard e gli indici in esso contenuti:

- ponevano l'obiettivo della coincidenza tra indici di dotazione ed indici di fabbisogno per quanto attiene la qualità.

Per raggiungere questi obiettivi quali - quantitativi, la Regione ha mobilitato risorse economiche che agissero da incentivo agli interventi edilizi degli enti gestori del pubblico autonomo (IPAB) e del privato sociale, che - nel campo delle residenze per disabili rappresentano la maggioranza delle reti esistenti.

In questi anni di vigenza del P.S.A. la manovra incentivante della Lombardia ha usato diversi canali di finanziamento visualizzati nella tabella 4 che riassume le risorse mobilitate per gli investimenti nel 1995, per un ammontare complessivo di circa 23 miliardi.

REGIONE LOMBARDIA

MEDICINA RIABILITATIVA: SISTEMA D'INTERVENTO E SUE ARTICOLAZIONI

FASI

1. ACCERTAMENTO

Della condizione
di avente diritto

2. PIANIFICAZIONE

Degli interventi
necessari

3. ATTUAZIONE

Secondo le modalità
prescritte

RIFERIMENTI ORGANIZZATIVI

SOGGETTI

COMMISSIONI U.S.S.L.

(L. 285/80, L.R. 8/82 18/85, L. 104/92)

MEDICI SPECIALISTI

Abilitati alla definizione
prescrittiva di:

PRESIDI E UNITA' OPERATIVE

Gestite direttamente

IST. DI RIABILITAZIONE

Conv. Ex Art. 26 L. 833/78

AZIENDE ABILITATE

Alla fornitura di presidi e ausili

PRODOTTI

TABELLE PERCENT. INVALIDITA'

Ex D.M. 5/2/1992

PIANO PERSONALIZZATO

(Ex Circolare n. 37/87)

PROGR. TERAPEUTICO

(Ex Circolare n. 140/91)
Su BURL n° 2 del 11/1/92

NOMENCLATURA TARIFFARIO

CONTROLLO DI GESTIONE

STRUMENTI

1. ALBO ACCERTATORI

Consulimento: (dal del 1993)
125 Commissioni
2.356 Commissari

2. ALBO PRESCRITTORI

5.448 Medici Specialisti
(D.G.R. n° 5/56266)
Su BURL n° 35 del 1/09/94

3. ALBO AUTORIZZATORI

729 Responsabili
(D.G.R. n° 5/56266)
Su BURL n° 35 del 1/09/94

4. ALBO DEL PRESCRIVIBILE

1.803 Presidi ed ausili
D.M. 28/12/1992
Su G.U. n° 10 del 14/1/93

5. ALBO FORNITORI

3.067 Aziende
(D.G.R. n° 5/60666)
Su BURL n° 52 del 29/12/94

PONTI (INPUT)

- MODELLO A/SAN

Verbale di Accertamento
D.M. 23/5/1985
Su G.U. n° 146 del 22/8/85

- MODELLO 01

Verbale erogazioni
riabilitative

- MODELLO 03

Verbale forniture
protesiche

- SCHEDA E REGISTRI

Istituti di Riabilitazione

- BILANCI U.S.S.L.

PRESTAZIONI EX ART. 26 LEGGE 833 ANNO 1995

TAB. 3

TIPOLOGIA ISTITUTI DI RIABILITAZIONE	FINANZIAM. ASSEGNATI (milioni)	N. ISTITUTI O CENTRI
---	--	-------------------------

A. Handicap		
a) Handicap multizonali	144.128	4
b) Handicap zonali		29
— 8 Istituti	23.524	
— 21 Centri di riab.	24.391	
totale handicap	192.043	33

B. Geriatrici	160.937	23
----------------------	---------	----

C. Disabili psichici	82.052	14
-----------------------------	--------	----

D. Psichiatri e psicorganici	74.279	4
---	--------	---

TOTALE TIPOLOGIE	509.311	107
-------------------------	---------	-----

FONDI DI INVESTIMENTO (milioni) TAB. 4

	CRH	ISTITUTI EDUC.ASS.LI	CENTRI RIABILIT.	CA	CSE
FRISL (DGR 5/64561 del 1/3/95)	13.031.000	1.800.000	5.350.000	=	=
ADEGUAM. STANDARD (DGR 5/67003 del 19/4/95)	150.500	=	=	184.503	3.391.457
TOTALE	13.181.500	1.800.000	5.350.000	184.503	3.391.457

4. INSERIMENTO E INTEGRAZIONE SOCIALE (art. 8)

La rete dei servizi a favore delle persone handicappate in situazione di temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale risulta costituita da:

• **residenze socio-sanitarie :**

- centro residenziale : residenza protetta collettiva che accoglie persone con gravi o gravissime limitazioni dell'autonomia funzionale, che necessitano di un supporto socio-assistenziale e sanitario specifico e sono impossibilitati a rimanere in via temporanea o permanente nel proprio nucleo familiare.

In tali centri possono essere riservati alcuni posti di pronto intervento che assicurano, in attesa dell'individuazione di soluzioni più adeguate, il soddisfacimento temporaneo di alloggio, vitto, tutela di fatto, determinati da una circostanza o eventualità imprevista che richiede interventi eccezionali ma di breve durata;

- istituto educativo-assistenziale : residenza a carattere socio assistenziale rivolta a persone con notevoli compromissioni ovvero con limitata autonomia aggravata da lunghi periodi di istituzionalizzazione ;
- centro socio educativo : struttura integrata non residenziale che accoglie giornalmente soggetti con notevole compromissione dell'autonomia nelle funzioni elementari, mira alla crescita evolutiva delle persone disabili nella prospettiva di una loro progressiva e costante socializzazione. Gli interventi realizzati in questa struttura hanno l'obiettivo da un lato di sviluppare ,pur nella consapevolezza dei limiti oggettivi, le capacità residue e dall'altro di operare per il massimo mantenimento dei livelli acquisiti.

• **residenze socio-assistenziali :**

- comunità alloggio: soluzione residenziale, ambiente strutturato di vita, caratterizzato da un clima di interrelazioni che permette la manifestazione di

comportamenti differenziati e autonomi ma ancorati a motivazioni di gruppo, nonché la realizzazione di progetti articolati riguardanti l'organizzazione della vita di ognuno.

Il modello di convivenza comunitaria costituisce pertanto la modalità educativa che viene proposta agli "utenti" ed il bisogno cui si tenta di rispondere è il bisogno complessivo di riappropriazione del sé e del senso di vita. Anche per tale tipologia possono essere riservati alcuni posti di pronto intervento, come già esplicitato per il centro residenziale;

• **servizi formativo-assistenziali:**

- iniziativa formativo-assistenziale: servizio rivolto a persone disabili con discrete capacità relazionali, adattive e di comunicazione, avente per scopo lo sviluppo di autonomia personale attraverso esperienze pratiche di vita quotidiana, per l'acquisizione di abilità utili ad una migliore integrazione sociale.

• **servizi di assistenza domiciliare:**

- assistenza domiciliare: complesso di prestazioni di natura socio-assistenziale (aiuto alla persona e/o educativa) e sanitaria (infermieristica e/o riabilitativa). Le prestazioni educative, rivolte generalmente a disabili in età evolutiva, si connotano da un lato come intervento finalizzato a creare le condizioni di igiene mentale necessarie perché la famiglia costituisca il primo fondamentale nucleo educativo e sia partecipe agli interventi attivati, dall'altro come modalità attuative di un programma educativo. Tale programma è teso ad ottenere l'integrazione dell'handicappato all'interno delle occasioni organizzate d'incontro e di aggregazione per la generalità delle persone, oppure finalizzato ad un eventuale inserimento dello stesso in una struttura diurna.

Alle residenze socio-sanitarie (siano esse diurne o residenziali) che erogano prestazioni integrate (assistenziali e di rilievo sanitario) vengono riconosciuti finanziamenti regionali sia a

carico del Fondo Sanitario che del Fondo Sociale.

Nel 1995 infatti sono stati assegnati contributi ad Enti diversi, pubblici e privati convenzionati, così suddivisi:

Fondo Socio-assistenziale

(sia per il mantenimento di servizi consolidati che per lo sviluppo di nuovi - D.G.R. n. 6314 del 15 dicembre 1995)

Fondo Sanitario

(per le funzioni a rilievo sanitario di servizi consolidati - D.G.R. n. 6778 del 22 dicembre 1995).

Centri Residenziali n. 8

Finanziamento £. 2.069.066.000 Finanziamento £. 2.848.095.000

Istituti educativo-assistenziali n. 19

Finanziamento £. 19.050.992.000

Centri Socio-educativi n. 195

Finanziamento £. 23.970.477.000 Finanziamento £. 20.484.960.000

Per quanto riguarda invece gli altri Enti (siano essi pubblici o privati convenzionati) che gestiscono servizi o unità d'offerta socio-assistenziali, i contributi loro erogati afferiscono esclusivamente al bilancio socio-assistenziale (D.G.R. n. 6314 del 15.12.1995 e D.G.R. n. 7546 del 29.12.1995) e sono così suddivisi:

Comunità alloggio e Centri di pronto intervento n. 80

Finanziamento £. 3.090.926.000

Formativo-assistenziale n. 78

Finanziamento £. 2.325.009.000

Assistenza domiciliare

Finanziamento £. 6.500.000.000

5. INTEGRAZIONE LAVORATIVA (art.18)

Per contrastare le difficoltà di accesso al mercato del lavoro delle persone disabili e/o handicappate, a partire dal 1988, la Regione Lombardia ha promosso e privilegiato, nell'ambito dei finanziamenti specifici volti all'integrazione lavorativa, l'attivazione di interventi innovativi che si sono tradotti in "progetti complessivi d'intervento" e che prevedono la presenza di operatori con figure professionali diversificate.

Tali progetti hanno la peculiarità di identificare ed utilizzare tutti gli strumenti e le metodologie che risultano essere più idonee per realizzare l'integrazione lavorativa delle persone handicappate. Già il Progetto Obiettivo Handicap, parte integrante del primo Piano Socio-Assistenziale, aveva indicato le strategie di avvio di un processo che sancisce il passaggio dall'inserimento all'integrazione. Infatti l'inserimento, a causa di un collocamento effettuato in maniera rigida e automatica, viene vissuto dall'ambiente di lavoro come un obbligo e quindi una coercizione, mentre l'integrazione lavorativa deve essere intesa come collocazione mirata della persona disabile tenendo conto sia delle caratteristiche dell'ambiente lavorativo che delle capacità personali del disabile, con evidenti vantaggi sia da parte del mercato del lavoro che della persona svantaggiata.

Si tratta quindi di un processo ambizioso e complesso cui sottende come finalità filosofica e concettuale, il superamento di una "cultura di pregiudizio" che considera prettamente come pietistico assistenziale l'intervento nei confronti delle persone handicappate. Per poter pervenire a questo risultato si è ritenuto necessario fondamentale attivare quindi una diversa modalità di approccio al problema, cercando di razionalizzare e coordinare tutte le risorse e le potenzialità esistenti sul territorio, identificando strategie univoche.

Allo stato attuale delle conoscenze il livello zonale (Azienda US o Comuni di notevole dimensione) sembra essere l'ambito al quale fa afferire competenze programmatiche/progettuali, operative, promozionali e in cui collocare organizzativamente gli interventi di integrazione lavorativa.

Questa riflessione trova la sua fondatezza nei risultati di esperienze realizzate in questi anni, le quali suggeriscono di tener in massimo conto le seguenti motivazioni:

- la necessità di affrontare in modo sistematico il "bisogno" di integrazione lavorativa, nei riguardi dei disabili;
- la necessità di identificare nella struttura pubblica territoriale l'"interlocutore privilegiato" del mercato del lavoro, senza per questo sovrapporsi agli Enti pubblici competenti in materia di collocamento (UPLMO e Sezioni Circoscrizionali);
- l'opportunità di coordinare e di integrare i Servizi e/o le Unità Operative dell'Azienda USSL per realizzare inserimenti lavorativi mirati;
- la necessità di codificare e regolamentare le modalità di valutazione delle potenzialità lavorative e delle procedure di inserimento e di integrazione lavorativa nelle realtà produttive;
- la necessità di gestire processi di transizione al lavoro, in particolare attraverso interventi di tipo programmatico / progettuale, operativo e promozionale;
- l'opportunità di svolgere una funzione di consulenza alle realtà produttive per affrontare anche le situazioni di disagio lavorativo al fine di prevenire la perdita del posto di lavoro.

Per tali motivi si è andata consolidando la tendenza ad un incremento e ad una diffusione territoriale sempre più estesa di tali progetti: nel 1995 ne sono stati attivati n. 58 (55 gestiti da Aziende USSL e 3 da Comuni) con uno stanziamento complessivo (D.G.R. n. 7546 del 29.12.1995) pari a £. 6.097.249.000.

6. TRASPORTI INDIVIDUALI (Art.27)

La Regione Lombardia in base alle indicazioni ministeriali ha provveduto:

- al censimento da parte delle USSL delle richieste presentate dagli aventi diritto alle contribuzioni pari al 20% della somma fatturata per la modifica dei propri strumenti di guida;
- alla ripartizione tra le USSL del finanziamento specifico trasferito alla Regione Lombardia dal Ministero della Sanità

Coloro che hanno presentato domanda di modifica dell'autovettura ai sensi dell'art.27 nell'anno 1995 sono stati 266 di cui:

106 con fatture dell'anno 95, 129 con fatture dotate 1994, 28 con fatture 1993 e 3 fatture del 1992.

I contributi erogati nell'anno 1995 dalla Regione Lombardia ammontano a £129.692.000 corrispondente al 20% del totale degli importi fatturati di £646.557.000.

7. PROTESI ED AUSILI (art. 34)

Durante il 1995, la Regione Lombardia ha attivato l'informatizzazione a livello locale e centrale delle procedure per l'assistenza protesica, attuando così il disposto della delibera n.48260 del 15/2/1995.

Il provvedimento prevedeva la consegna a tutti gli uffici protesi delle U.S.S.L. di un hardware con caratteristiche tecniche comuni e un software "PROTELA" in grado di supportare l'attività di autorizzazione di ogni fornitura di protesi ed ausili inseriti nel Nomenclatore Tariffario nelle sue tre sezioni: allegato A,B e C.

Al 31/12/95 l'informatizzazione è andata a regime in 28 USSL, in altre 9 è partita solo nel secondo semestre e 7 partiranno nel '96.

L'avvio del programma a livello locale ha incontrato obiettive difficoltà dovute anche alla contestuale attivazione delle nuove 44 aziende USSL che hanno sostituito le precedenti 83.

Il controllo di gestione è reso possibile ed omogeneo su tutto il territorio regionale dalla applicazione informatica PROTEIA, costituita da due componenti base:

a) la componente locale

Collocata negli uffici protesi delle 44 USSL lombarde, permette la gestione quotidiana dell'autorizzazione attraverso una serie di controlli:

- dell'avente diritto;
- del medico specialista prescrittore;
- del fornitore e delle famiglie e codici per i quali l'azienda è abilitata;
- della prescrivibilità e della fatturabilità dell'ausilio o della protesi;
- della diagnosi

Il sistema prende a supporto pertanto i seguenti archivi:

1. Albo dei medici prescrittori
2. Albo dei funzionari abilitati alle autorizzazioni
3. Albo regionale delle aziende abilitate alla fornitura di protesi
4. Nomenclatore Tariffario (D.M. 28/12/92)
5. Codice ISTAT delle diagnosi e delle patologie invalidanti;
6. Anagrafica degli assistiti residenti nell'USSL.

L'insieme dei controlli consente la rapida verifica di validità dei dati contenuti nei verbali di fornitura - mod. 03 - da parte dell'autorizzatore che, prendendo atto dei controlli automatici autorizza, o non autorizza, la fornitura.

L'autorizzazione così condotta, produce automaticamente:

- le ricette per i prodotti finiti a consumo ripetuto che saranno forniti all'invalido dalle farmacie;
- l'inventario dei presidi concessi in uso agli invalidi;
- il modello 03 autorizzato su supporto magnetico;

- il controllo di gestione fondato sulla produzione automatica di rapporti relativi:
 - spesa autorizzata per tipologia dei presidi
 - costi per prescrittore
 - costi per diagnosi:
 - previsione degli impegni di spesa in base alle scadenze e rinnovi dei modelli 03

b) ***La componente regionale:***

Proteia consente la gestione centralizzata dei dati di attività delle erogazioni zonali: in modo automatico acquisisce i dati dai dischetti inviati dalle USSL realizzando in unico archivio logico dei dati regionali.

Su questo archivio regionale è possibile generare:

- consuntivazioni e statistiche standard;
- consuntivazioni statistiche mirate: una serie di elaborati definibili secondo criteri di selezione parametrici su aspetti di particolare rilevanza o su casi particolarmente critici.

UMBRIA

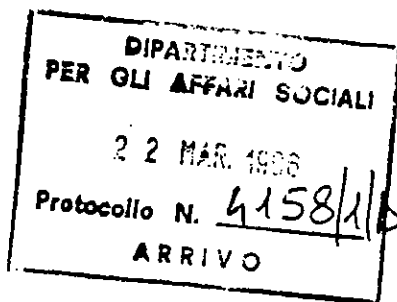
**REGIONE DELL'UMBRIA**
GIUNTA REGIONALE

Area operativa: servizi socio-sanitari

Ufficio II - Sezione II Aff. Sociali06100 Perugia h. 3. 1996Prot. N. 3216/IX

Risposta al foglio N. _____ del _____

OGGETTO: Relazione interventi in favore dei disabili, riferimento art. 41, 8° comma, legge quadro sull'handicap n. 104/1992.



e, p.c.:

- Alla Presidenza
del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per la Famiglia
e la Solidarietà Sociale

ROMA

- Al Commissario di Governo
nella Regione dell'Umbria

PERUGIA

In allegato si rimette, a norma dell'art. 41, 8° comma della legge quadro sull'handicap n. 104/1992 una relazione con dati relativi agli interventi in favore dei soggetti portatori di handicap.

Distinti saluti.

L'ASSESSORE
AI SERVIZI SOCIO-SANITARI
(Dr. Federico Di Bartolo)

TP/gg

22 MAR 1996

RELAZIONE - L. 104/1992

E' da dire subito che la legge quadro sull'handicap n. 104/1992, che è uno strumento valido dal punto di vista concettuale e dei diritti dei cittadini disabili, a quattro anni dalla sua entrata in vigore non ha trovato ancora piena attuazione, per vari motivi e soprattutto perchè:

- a fronte dei principi e dei diritti enunciati e delle aspettative che ne derivano, vengono poste risorse assolutamente inadeguate proprio nel momento in cui la situazione finanziaria degli Enti Locali non solo non consente lo sviluppo dei Servizi ma compromette la possibilità di mantenimento dei livelli già raggiunti;
- la legge sulla riforma della Sanità a cui la L. 104/1992 fa ampio riferimento, accentua la separatezza delle funzioni e ciò in contrasto con le esigenze regionali consolidate di integrazione, in funzione della unità e globalità dei bisogni ed interventi;
- manca una normativa nazionale sui profili strutturali funzionali ed organizzativi delle varie strutture a cui la legge 104/92 fa riferimento (Comunità alloggio - Centri di lavoro protetto);
- mancano nella legge 104/92 riferimenti sulle RSA per disabili di cui al DPCM del 22/12/1989;
- mancano indicazioni nazionali su omogenei profili professionali per gli operatori dei Servizi al fine di una adeguata formazione nell'ambito di tutti i Servizi;
- mancano indicazioni nazionali per una regolamentazione di quelle particolari forme di rapporto fra datore di lavoro e disabile che pur avendo prodotto in questi anni risultati estremamente positivi (stages, bozze di lavoro terapeutiche, laboratori guidati, ecc.) sono tutt'ora prive di regolamentazione e legittimazione.

La Regione Umbria pur nella consapevolezza di tali carenze e conseguenti oggettive difficoltà operative, ha promosso una serie di iniziative ed interventi in favore dei disabili, già nell'ambito del Progetto regionale "Tutela dei portatori di handicaps" inserito nel 2° Piano Socio-Sanitario Regionale di cui alla L.R. n. 9/1990 con particolare riferimento alla crescente prevalenza degli interventi di assistenza domiciliare riconducibili in gran parte al Servizio di aiuto personale di cui all'art. 8 della legge in esame, nonché delle attività di tempo libero motorie - ricreativo - sportive.