

La Comunità di Lavoro di Alpe Adria

La Comunità di Lavoro di Alpe Adria è stata costituita a Venezia, il 20 novembre 1978, tra Regioni limitrofe dell'Europa centrale con la finalità di trattare e coordinare problemi comuni tra i suoi membri. Il Documento costitutivo è il Protocollo d'intesa di Venezia ("JOINT DECLARATION OF VENICE"). Il nucleo storico della Comunità, allora denominata "Comunità di Lavoro dei Lander e delle Regioni delle Alpi Orientali", era composto dalle Regioni Friuli Venezia Giulia e Veneto, per l'Italia, dai Land Carinzia, Stiria e Austria Superiore, per l'Austria, nonché dalle Repubbliche socialiste di Slovenia e Croazia.

Si tratta di una complessa realtà sovranazionale, alla quale aderiscono, attualmente, 17 Regioni, Contee, Land e Repubbliche europee:

1. Baranya (Ungheria)
2. Bayern (Germania)
3. Burgenland (Austria)
4. Canton Ticino (Svizzera)
5. Győr- Moson – Sopron (Ungheria)
6. Hrvatska (Croazia)
7. Karnten (Austria)
8. Oberosterreich (Austria)
9. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Italia)
10. Regione Veneto (Italia)
11. Regione Lombardia (Italia)
12. Regione Autonoma Trentino-Alto Adige (Italia)
13. Slovenia
14. Somogy (Ungheria)
15. Steiermark (Austria)
16. Vas (Ungheria)
17. Zala (Ungheria)

appartenenti a sette Stati (Austria, Croazia, Germania, Italia, Slovenia, Svizzera e Ungheria) di cui cinque (Austria, Germania, Italia, Slovenia, Ungheria) facenti già parte dell'Unione Europea e uno, la Croazia, di prossimo ingresso.

La sua organizzazione prevede: l'Assemblea Plenaria dei Presidenti delle Regioni, la Commissione dei Dirigenti e 5 Commissioni tecniche permanenti: I Assetto territoriale e tutela dell'ambiente, II Economia Trasporti e Turismo, III Cultura e società, IV Sanità e Affari sociali e V Agricoltura e Foreste.

E proprio nell'ambito della IV Commissione Sanità e Affari sociali, presieduta su delega della Regione Friuli Venezia Giulia dal dr. Gino Tosolini, direttore generale dell'Agenzia regionale della Sanità del Friuli V.G., è stato attivato, nella primavera del 2004, il Gruppo - Progetto "Alpe Adria Disability Network", coordinato dal prof. Vladimiro Kosic.

La finalità che il Gruppo -progetto- intende perseguire è quella di affrontare i temi connessi alla disabilità non più come una questione che interessa una minoranza bensì, così come proposto dall'OMS e dal nuovo strumento internazionale di classificazione funzionale delle disabilità (I.C.F.), come una condizione che interessa la comunità nella sua interezza, applicando strumenti di classificazione e di lettura dei bisogni omogenei per poter disporre di risposte, confrontabili, misurabili nell'efficacia e nei costi per uno dei problemi centrali della rete dei servizi socio-sanitari di competenza regionale.

Obiettivo prioritario è quello di facilitare lo scambio di best practices, di competenze professionali e di verificare la possibilità di condividere progetti con un approccio multidimensionale. Per questo motivo, la disseminazione dell'applicazione dell'I.C.F., che si rivela fondamentale per iniziare a "parlare un'unica lingua" e, in sintesi, a rispondere in maniera più mirata ai bisogni di salute delle comunità, rappresenta il primo obiettivo scientifico da attuare. Ed è proprio questo lo spirito della Conferenza in-

ternazionale "ICF PER LO SVILUPPO DI UN LINGUAGGIO COMUNE SULLA SALUTE E LA DISABILITA' NELLA COMUNITA' DI ALPE ADRIA".

E proprio per conoscere meglio le diverse situazioni locali è stato predisposto, discusso e inviato alle Regioni di Alpe Adria uno specifico questionario.

Il perché di un questionario.

Vi sono due ragioni di fondo, alla base di tale proposta operativa:

- la prima riguarda la necessità di rispondere in modo appropriato, con un linguaggio tecnico comune, tale da fornire garanzie di un impiego efficace, ai nuovi bisogni che derivano dalla condizione di disabilità, in paesi tra loro abbastanza simili per entità, modello di sviluppo e per matrici culturali condivise, quali sono le regioni che fanno parte della Comunità di Alpe Adria. Lo strumento tecnico relativo ad un comune linguaggio sulla disabilità è quello proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità proprio a Trieste nel 2002: l'I.C.F., International Classification of Functioning, Disability and Health (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute). Il nuovo strumento deve tener conto tuttavia, almeno in fase iniziale, alle realtà esistenti, che vanno preliminarmente indagate nella loro complessità, anche per definire in modo più appropriato, corrispondente a delle effettive situazioni concrete, le migliori possibilità di utilizzo del nuovo strumento tecnico.
- L'analisi e la valutazione sulle modalità di intervento della pubblica amministrazione e sullo sviluppo della sua programmazione in ambito socio-sanitario, vede negli ultimi anni un particolare sviluppo ed altresì la continua riproposizione di nuovi modelli culturali che soprattutto fanno riferimento all'esperienza dell'amministrazione pubblica negli Stati Uniti ed in altri stati di prevalente cultura anglosassone di Common Law. Si tratta di esperienze nate in ambienti caratterizzati da una cultura politica pragmatica e da un sistema istituzionale federale decentrato, in cui è lasciata al governo della cosa pubblica in ambito locale e regionale ampia autonomia e possibilità di sperimentazione. Nei Paesi del Centro Europa, ed in particolar modo in quelli di Alpe Adria, piuttosto che programmi normativi di ampio respiro, con indirizzi specifici (frame laws), troviamo invece una grande molteplicità di azioni, misure e leggi, decreti, circolari ed una dominanza culturale, ancora forte, all'interno della Pubblica Amministrazione delle singole realtà regionali, del Diritto Amministrativo. In tale modello di riferimento culturale l'analisi della situazione viene a coincidere con il grado di aderenza alla "norma", con il controllo e la verifica di standard e procedure predefinite. Questo approccio, pur se in fase di significativa trasformazione, incide spesso in termini negativi sulle possibilità reali di comprendere e di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni che le continue trasformazioni del presente ci costringono ad affrontare. Non sempre la semplice risposta alla norma corrisponde alla reale risposta ai nuovi bisogni, così come essi si presentano in un ambito particolarmente esposto alle trasformazioni indotte dalla tecnica e dalle mutazioni sociali che stiamo vivendo, quali quello della salute e degli interventi per contrastare i bisogni derivati da una condizione di disabilità. Comprendere meglio qual è la "rete" normativa e procedurale esistente nelle singole realtà e la loro effettiva rispondenza ai bisogni diviene quindi un'esigenza conoscitiva fondamentale anche per introdurre un importante strumento di analisi e di definizione della condizione di disabilità, qual è l'ICF, e quindi per meglio affrontare il cambiamento.

Queste sono state le ragioni principali che ci hanno portato a proporre un questionario sulla situazione degli interventi socio-assistenziali nelle regioni di Alpe Adria, stante la loro relativa similarità circa tale ambito di intervento, similarità determinata anche dalle comuni radici storiche, geopolitiche e culturali.

Obbiettivi

L'indagine aveva come obbiettivi:

- a) una ricognizione della modalità in atto di valutazione della disabilità tra gli operatori e nella rete dei servizi socio-

sanitari delle regioni interessate (ovvero, qual è la cultura esistente, quali sono gli strumenti e le idee impiegati per rispondere ai bisogni, quali sono i limiti ed i nodi non risolti delle singole aree);

- b) una ricognizione sulle procedure informatiche impiegate per trasformare il processo di accertamento della condizione di disabilità, da cartaceo ad elettronico.

Tali punti apparivano essere la logica premessa per raggiungere la messa a punto di protocolli di valutazione che superassero le fasi tradizionali della definizione del bisogno, incentrate in passato prevalentemente sulla descrizione di ciò che era per sempre perduto, del deficit, delle menomazioni o comunque di una deviazione da una normalità di tipo prevalentemente sanitario, integrando elementi tali da precisare e chiarire la gravità delle conseguenze, per una specifica persona, delle alterazioni del suo stato di salute e delle sue difficoltà di integrazione sociale.

Si è così ricorsi ad un modello di indagine già verificato circa la sua applicabilità all'interno di una comunità soprannazionale.

Il Consiglio d'Europa, tra il 30 giugno 1997 e il 30 giugno 2000, mediante sei incontri di lavoro di una speciale task force intergovernativa, definita Gruppo di lavoro sui Criteri impiegati nella valutazione delle persone con disabilità, aveva svolto, mediante un apposito questionario, un'analisi comparativa dei criteri che regolano l'assegnazione dei benefici economici e dell'assistenza personale in ogni paese.

Il questionario impiegato allora è stato riadattato nel 2004 alle esigenze di indagine della comunità Alpe Adria e riproposto, integrato tuttavia con delle precisazioni circa le definizioni da considerare nelle risposte, durante il 2nd Operative Meeting Alps Adriatic Disability Network tenutosi a Ljubljana (Slovenia), presso l'Institute for Rehabilitation il 23 gennaio 2004.

A tale incontro partecipavano due regioni italiane (Friuli Venezia Giulia e Veneto) i rappresentanti delle Contee Ungheresi, la Carinzia per l'Austria, la Croazia e la Slovenia, anche in veste di paese ospitante.

Il questionario:

Questionnaire a)

ALLOWANCES AND PERSONAL ASSISTANCE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE ALPEADRIA REGIONS

Targets:

- a. analysis of criteria governing the granting of allowances (e.g. disability/ invalidity pensions) and personal assistance in each region
- b. Within this framework, study of the role and responsibilities of multidisciplinary teams, if they exist, in determining allowances and personal assistance

Allowances:

the term "allowance" should mean any disability/invalidity-related allocation of payments on a regular basis, which replace and/or supplement income and to which the entitlement is enshrined in law

Personal Assistance:

the term "personal assistance" should include all forms of aid and assistance in the broadest possible sense and where disability/invalidity is one of the criteria for the allocation;

- eg. education: mainstream education, special education, adult education, vocational guidance, vocational training,
employment: quota systems, compensation to employers, job coaches,

sheltered work institutions, work at home,
tax allowances,
accessibility,
transport,
housing,
technical aids,
communication,
sport,
leisure,
culture;

1) GENERAL PRINCIPLES

the question **whether the implementation of rehabilitation measures** (medical, psychological and social aids, i.e. working insertion) **comes before the allocation of benefits (pensions)** is fundamental in assessing a welfare pattern for disabled people.

1. Does the principle "**rehabilitation before allowance**" apply in your region?
2. Do legal provisions regarding this principle exist?

2) ALLOWANCES AND PERSONAL ASSISTANCE

General overview: try to summarise the evolution and the existing situation of the laws concerning people with disabilities in your region, according to the national laws and to the regional laws, if they exist.

LIST of the existing form

- I. each form of benefit should be based upon disablement,
- II. it must be specified if there is of a particular type of disability which qualifies for benefit (the quality of the disability, ie, benefits for blinds, dumb people and so on);
- III. it must be specified the quantity (the degree) of disability required for the benefit allocation;
- IV. it must be specified if an appropriate cause for the benefit is law required (e.g. industrial injury) (causation);
- V. it must be specified if it is law required that the disablement persists long enough for benefit to be worth allocating (the prognosis).

Try, if possible, to divide the existing forms of allowances and personal assistance according to these main groups:

- I. children
- II. people who become disabled during working life
- III. people who have never entered the labour market due to disability/invalidità
- IV. other (please specify)

(Detailed Description)

Name :

Quantification

Please quantify, if it is well acquired or estimated anyway, how many persons with disabilities are dealt with per year,

Number of applicants

Number of assessments

Number of beneficiaries

Responsibilities

- a) Which body and at what level (national, regional, local) is responsible for the legislation of this particular allowance/personal assistance?
- b) Who within the body described in 3.a) takes the decision in law for this particular claim?
- c) Which body and at what level (national, regional, local) is responsible for the allocation of that particular allowance /personal assistance?

Questions

4. Which are the disability/invalidity related questions that govern the granting of this particular allowance/personal assistance?

Assessment Methods

Please describe in detail the method of assessment used in your country for tile allocation of this particular allowance/personal assistance.

- I. Which method?
- II. Who uses it?
- III. In which environment: public or private?
- IV. Please indicate any relation to the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) of the World Health Organisation (WHO) or any relation to the International Classification of Functioning (ICF) of the World Health Organisation (WHO)
- V. Has this assessment method been evaluated?
- VI. Please indicate the name and the address of an expert who could be contacted for further information about this particular assessment method:

Criteria

- a) Which are the disability/invalidity related criteria
- b) Which are the other criteria not related to disability/invalidity that govern the granting of this particular allowance/or personal assistance? (eg. former income, potential income on the grounds of education or a "normal" career, wealth, other)

Multidisciplinary teams

Are multidisciplinary teams involved in the above mentioned assessment ?

User Participation

8. What is the participation of the claimants themselves and/or their personal representatives in:
 - a) the assessment?
 - b) the decision-making process that governs the granting of the allowance/personal assistance?
 - c) the delivery of the service after it has been allocated to them ?

Do people with disabilities and/or their representative take part in the decision-making process (eg, representatives from organisations of and for people with disabilities)?

What are the possibilities to appeal against a decision?

**EXPERIENCE ON THE USE OF INFORMATION TECHNOLOGY
IN SOCIAL GOVERNANCE FOR PEOPLE WITH DISABILITY**

Targets:

a. analysis of diffusion of I.T. in your region b) analysis of the development of the I.T. tools (hardware & software); c) study of possibilities and modalities of communication and exchange of information in your region by I.T.

- I. In Your Country is there a legislation for introduction of IT in Social Governance for People with disability ?
 national regional local level
- II. What is the aim of this law?
 To simplify the relationship between Citizens and Institutions
 Sharing data among different administrations
 Standardisation of assessment
 Measurement of outcome (internal quality control)
 Measurement of outcome (external customer satisfaction)
 others
- III. In your daily activity do you use IT ?
 yes no sometimes
- IV. Do you work with a standalone PC or with a networked PC ?
 Which tools do you have use of ? Intranet Internet Extranet? e-mail ?
 Search engines ?
- V. Do you have an electronic patient records system ? yes no
 Have you free fields compulsory fields both Have you an automatic correction system in case of wrong in-put in data entry for your specific tasks ?
- VI. Is your system designed to (tick all that apply):
 Share information with other colleagues ?
 Share information with administrative staff ?
 Share information with other national institutions ?
 Share information with institutions of other European countries?
 Shared language.....
- VII. Is your system designed to grant economic benefits (e.g. pensions) ?
 yes no
- VIII. Is your system designed to grant non economic benefits (e.g. personal aids) ?
 yes no
- IX. Is your system set up for a single doctor assessment ?
 yes no
- X. Is your system set up for multidisciplinary assessment ?
 yes no
- XI. Does your system foresee use of paramedic staff ?
 yes no
 For data entry only
 yes no
 Do paramedic staff take part in the decision making process
 yes no
- XII. Is the final assessment to grant economic or non economic benefit a decision of the doctor (or of the clerk) or is an automatic

- answer coming out on the basis of the inserted data ?
- XIII. Impact of International classification (ICD / ICIDH / ICF) in IT format
 yes no
- XIV. Does your institution have an IT Department ? yes no
 Does your institution use contractors ? yes no
 Do you have a dedicated software? yes no
 Did you receive a proper training ? yes no
 Do you receive regular updates? yes no
 Do you have a system for protection of data ? yes no
 Which system for protection of data do you use? Describe it in a short way

- XV. Operating systems in use: (tick all that apply)
 MS Windows Linux MAC OS DOS
 AS/400 VAX Mainframe
 HP unix AIX Caldera Sco SunOS
 Other

RISULTATI

I questionari, tenuto conto anche dei tempi limitati per la loro compilazione (meno di due mesi) sono stati completamente compilati dalle Regioni italiane (Veneto e Friuli Venezia Giulia) e dalla Croazia. Risposte parziali, tuttavia, si sono avute anche da tutti gli altri partecipanti, dalle quali è stato possibile raccogliere dei dati che hanno consentito delle sintesi conclusive.

Un importante contributo lo si è ricavato dalla recente pubblicazione, da parte del Consiglio d'Europa, del rapporto elaborato dal Gruppo di lavoro sui Criteri impiegati nella valutazione delle persone con disabilità: *Assessing disability in Europe – Similarities and Differences*, 2003, Council of Europe, Strasbourg¹, per cui si sono impiegati gran parte dei dati ivi raccolti tra il 1997/1998 con uno strumento d'indagine, il questionario, per molti versi sovrapponibile a quello proposto alle regioni di Alpe Adria, per integrare le informazioni su Slovenia, Austria, Germania ed Ungheria.

Un altro importante testo di riferimento per ulteriori dati, utili per il confronto fra tante molteplici realtà, è stato lo studio preparato dalla Brunel University su incarico della Commissione Europea, relativo alle definizioni di disabilità in Europa², recente-

¹ ASSESSING DISABILITIES IN EUROPE. Integration of people with disabilities. Council of Europe Publishing, Strasbourg 2002 . In particolar modo si veda la sezione "Comparative Analysis of Criteria Governing the Granting of allowances and personal assistance, della Dott.ssa Cristina Dal Pozzo, expert consultant del Gruppo di lavoro.

² DEFINITIONS OF DISABILITY IN EUROPE - A COMPARATIVE ANALYSIS Social security and social integration European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs Unit E . 4 - A study prepared by Brunel University – Sept 2002.

mente (2004) tradotto dall' ANMIC come: "Definizioni di disabilità in Europa, un'analisi comparativa".

Alla prima domanda - "**Does the principle "rehabilitation before allowance" apply in your country? Do legal provisions regarding this principle exist?"** - se la riabilitazione (in senso ampio, sociale e lavorativo) fosse prevista dalle normative come pre-condizione necessaria, prima di concedere trattamenti economici (pensioni) alle persone disabili - si può dare risposta affermativa per le seguenti regioni di Alpe Adria:

Ticino, Baviera, Burgenland, Carinzia, Austria superiore, Salisburgo, Stiria, Slovenia, Croazia, Győr- Moson-Sopron, Vas, Somogy, Zala, Baranja.

Sia pure con delle differenze importanti, in ognuna di queste regioni il principio viene applicato.

Emerge una importante differenza con le regioni italiane (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto) nelle quali la riabilitazione è un diritto dell'individuo, ma non viene mai definito come una precondizione necessaria per l'ottenimento di benefici economici

Da un punto di vista normativo si rileva comunque che il concetto stesso di "Riabilitazione", intesa come messa in opera di tutti quei provvedimenti che possono favorire l'inserimento al lavoro o il raggiungimento di una qualità della vita il più possibile normale, rappresenta il comune denominatore delle normative di tutela di gran parte delle regioni di Alpe Adria.

Il secondo punto (**Existing forms of allowances and personal assistance for people with disabilities at: a) federal/national level; b) regional level; c) local level**) riguardava l'esistenza di forme specifiche di tutela (pensioni, intese come integrazioni al reddito, e forme di intervento economico per i costi necessari per l'assistenza personale) per persone con disabilità a livello nazionale (federale), regionale o locale.

Regioni di Alpe Adria: ambito degli interventi	Nazionale/ Federale	Regionale	Locale
Carinzia	Si	Si	--
Stiria	Si	Si	--
Austria Superiore	Si	Si	--
Burgerland	Si	Si	--
Salisburgo	Si	Si	--
Baviera	Si	Si	Si
*Croazia	Si	--	Si
*Emilia Romagna	Si	Si	Si
*Friuli-Venezia Giulia	Si	Si	Si
*Lombardia	Si	Si	Si
*Veneto	Si	Si	Si
*Trentino-Alto Adige	Si	Si	Si
Canton Ticino	Si	Si	Si
Baranja	Si	Si	Si
Győr- Moson – Sopron	Si	Si	Si
Somogy	Si	Si	Si
Vas	Si	Si	Si
Zala	Si	Si	Si
Slovenia	Si	--	--
* dati aggiornati al 2004			

Nelle aree di Alpe Adria prese in esame è evidente una significativa distribuzione territoriale degli interventi regionale o locale (ovviamente, come emerge in alcune risposte, stanti le dimensioni dell'area a cui ci si riferisce, la distribuzione regionale è già di fatto locale). Tuttavia vi è una netta prevalenza di aree in cui l'amministrazione dei sussidi e dell'assistenza personale è ancora fortemente regolata a livello nazionale o federale. Le regioni e i comuni partecipano soprattutto alla implementazione o alla fornitura dei servizi.

Forme specifiche di tutela per persone con disabilità.

La ricognizione sulle forme specifiche di tutela (pensioni, intese come integrazioni al reddito, e forme di intervento economico per i costi necessari per l'assistenza personale) per persone con disabilità ha consentito di ottenere dei dati, per comodità di sintesi raggruppati per stato (Austria, Croazia, Germania, Italia, Slovenia, Ungheria), cercando di tenere in considerazione le principali corrispondenze fra i vari tipi dei diversi tipi di provvedimenti esistenti in ogni area regionale di ogni singolo stato.

	Austria	Croazia*	Germania	Italia*	Slovenia	Ungheria
Benefici per disabilità permanenti	Si	Si	Si	Si	Si	Si
insorte durante la vita lavorativa (per i lavoratori) finanziati con sistemi contributivi dallo stesso lavoratore	Ass. di invalidità Pens. di inabilità Pens. per patologia da lavoro Ass. integrativo (a livello locale)	Ass. di invalidità Pens. di inabilità Pens. per patologia da lavoro	Ass. di invalidità Pens. di inabilità Pens. per patologia da lavoro	Ass. di invalidità Pens. di inabilità Pens. per patologia da lavoro	Ass. di invalidità Pens. di invalidità Pens. per patologia da lavoro Ass. di integrazione economica	Ass. di invalidità Pens. di inabilità Pens. per patologia da lavoro Ass. di integrazione economica
insorte in persone che non lavorano. finanziati attraverso il prelievo delle tasse (fiscaltà generale) con sistemi non contributivi.	Benefici economici speciali per gravi disabilità	Benefici economici speciali per gravi disabilità	Benefici economici speciali per gravi disabilità	Ass. di invalidità soglia 74% per incollocati al lavoro pensione di inabilità (100%)	Benefici economici speciali per gravi disabilità	Benefici per gravi disabilità (insorte prima di 25 anni)
Gruppi spec. (target groups) Disabilità sensoriali (ciechi, sordomuti), per età (bambini) o per cause particolari (guerra, criminalità, lavoro, etc)	Bambini Invalidi di guerra Invalidi da criminalità	Bambini Invalidi di guerra ciechi e sordomuti	Bambini ciechi e sordomuti (interventi in ambito locale)	Bambini invalidi di guerra e di servizio ciechi e sordomuti	Bambini Gravi disabilità motorie Invalidi di guerra Ciechi	bambini Gravi disabilità motorie Ciechi Invalidi di guerra Invalidi da miniera
Benefici alle famiglie delle persone disabili	Assegno integrativo alla famiglia	Assegno integrativo alla famiglia	Benefici supplementari per bambini disabili	Esenzione tasse (parz.) Indennità accomp. per i minori possibilità di astens. facoltativa dal lavoro di tre anni astensione dal lavoro tre giorni al mese	Benefici supplementari per bambini disabili Spese alloggio Esenzione tasse Benefici economici per favorire la mobilità Benefici integrativi per l'aiuto di terzi e per l'assistenza domiciliare	Benefici supplementari per la famiglia della persona disabile
Benefici per l'assistenza di lungo termine alla persona disabile	Assegno basato sul costo del tempo necessario per l'assistenza per i bisogni essenziali	Si	Assegno basato sul costo del tempo necessario per l'assistenza per i bisogni essenziali	indennità di accompagnamento assistenza personale continuat. (lavoratori) INAIL assistenza personale e continuativa (APC) se patologia lavorativa	Pensione integrativa per l'assistenza Benefici per l'assistenza all'estero e per l'accompagnamento Supplemento per cure ed assistenza (invalidi di guerra)	Si
Istruzione	Scuola normale o scuole speciali	Si	Si	Scuola normale con insegnanti di sostegno	Si	Si
Formazione professionale e servizi per l'impiego	-	Si	Assistenza nel cercare lavoro e nel mantenerlo	I disabili gravi vengono inseriti tramite i servizi per l'Inserimento lavorativo.	Si	SI
Fornitura di ausili tecnici	Si	Si	Ausili tecnici personalizzati per favorire l'inserimento lavorativo	Si (in parte)	-	Lavoro protetto Incentivi economici per l'impiego ai datori di lavoro
Inserimento lavorativo per le persone disabili	Riabilitazione al lavoro medica e sociale	Riabilitazione al lavoro medica e sociale	Quota system per i più gravi Garanzie per la conservazione del posto di lavoro Incentivi economici per l'impiego ai datori di lavoro	Quota system per i disabili gravi inserimento mirato e contratti di lavoro specifici Garanzie per la conservazione del posto di lavoro Incentivi economici per l'impiego ai datori di lavoro	Normativa specifica per favorire l'inserimento lavorativo con incentivi per il datore di lavoro ed agevolazioni per il disabile	Lavoro protetto Incentivi economici per l'impiego ai datori di lavoro

*dati aggiornati al 2004

Tutte le regioni di Alpe Adria hanno benefit di lungo termine per le persone che diventano disabili durante la vita lavorativa.

Parimenti esistono in tutte le regioni forme di aiuto economico per chi non è mai entrato nel mercato del lavoro, e si applicano in genere solo a persone con disabilità molto significative.

Per il beneficio economico vengono spesso usati termini quali "assegno" o "contributo" e "pensione" o "sussidio".

Vi è sempre una chiara distinzione tra le disabilità legate causalmente al lavoro e le disabilità dovute a malattie comuni (il che evidenzia una storica tradizione, nella regione Alpe Adria, nei confronti della patologia causata dal lavoro). Una particolare attenzione viene rivolta ai minatori, evidentemente considerati come più esposti a menomazioni causate dal lavoro particolarmente usurante, che possono usufruire di particolari benefici in Ungheria.

Tutte le regioni di Alpe Adria prevedono particolari forme di intervento per i fanciulli disabili. Sono soprattutto benefici economici per le famiglie, per la copertura dell'assistenza domiciliare, dei costi extra e dell'istruzione. Anche l'assistenza di lungo termine è ampiamente garantita per i bambini.

Tutte le regioni di Alpe Adria hanno una qualche forma di assistenza per i costi delle abitazioni e dei trasporti, per le detrazioni fiscali e politiche specifiche per promuovere la reintegrazione nel lavoro per le persone disabili.

Quantificazione

Il punto relativo alla quantificazione rimane uno dei più difficili da confrontare, stante anche la diversità dei criteri di definizione e di valutazione esistenti nelle singole realtà.

Significativo è l'insieme dei dati statistici forniti dalla Croazia, aggiornati al 2002 .

	Men. vista	Men. udito	Men. fonazione.	Men. fisiche	Men. Intellett.	Disturbi evolutivi	Disturbi personalità	Psichici organici	Psicosi
Bambini	345	588	329	3135	3454	304	218	367	180
Adulti	1617	644	461	13666	6982	158	837	1346	2731
totale	1862	1232	790	16801	10436	462	1055	1713	2911

Dai dati emerge l'importanza delle disabilità di natura psichica ed intellettiva, che oggi, forse più che in passato, rappresentano il settore di intervento più difficile in ambito di riabilitazione scolastica, lavorativa e di reinserimento sociale.

La diversità con altre realtà – e quindi l'impossibilità di un serio confronto sui dati numerici - risalta con immediatezza se si considera, ad esempio, il confronto con la situazione italiana, nella quale la distinzione tra "psichici organici" ed altre tipologie relative a menomazioni della sfera psichica, quali psicosi o disturbi di personalità, è cambiata radicalmente in ambito assistenziale negli ultimi anni, a seguito dell'abolizione della reclusione manicomiale ed l'apertura al mondo del lavoro anche ai disabili psichici di natura non organica.

Commissioni multidisciplinari

Gli stati seguenti hanno commissioni multidisciplinari: Italia, Slovenia, Ungheria. Solo Slovenia, e Ungheria usano i team multidisciplinari (TM) nel processo di valutazione per l'assegnazione di benefit monetari di lungo termine diversi dai servizi.

Negli altri stati, la valutazione dei team multidisciplinari si applica nella valutazione per l'assegnazione dell'assistenza personale (servizi) o di benefit non monetari (Italia). Si potrebbe dire che in alcuni stati i team multidisciplinari sono utilizzati prevalentemente per fornire servizi, non benefit. Un'eccezione importante è la Slovenia, dove invece sono utilizzati per tutti i benefit, tranne che per le pensioni di guerra, per le quali la valutazione è fatta da commissioni competenti formate da specialisti e medici.

A proposito della composizione, uno o più medici sono sempre rappresentati e in questo riflettono il fatto che i benefit sono accordati in base ad una patologia medica. Possono essere medici della previdenza sociale oppure specialisti in discipline diverse (medicina interna, neurologia, chirurgia, medicina del lavoro). Possono parteciparvi altri specialisti per casi specifici.

In Slovenia e Italia un esperto del lavoro partecipa al team quando la valutazione riguarda anche la possibilità di un reinserimento valutativo. Altri membri ampiamente rappresentati sono gli psicologi, i logopedisti, gli assistenti sociali, gli operatori sociali, i fisioterapisti, gli ergoterapisti e gli infermieri. Quando si valutano minori, un esperto in pedagogia può partecipare al team.

Vengono qui dati alcuni esempi. La Slovenia ha due diversi sistemi di valutazione della disabilità, progettati soprattutto per le attitudini professionali: uno di essi è guidato da una commissione professionale dell'Ufficio Nazionale per l'Impiego, mentre l'altro è guidato dall'Istituto per la Previdenza sociale e l'invalidità. Va considerato che in Slovenia i richiedenti della pensione di disabilità sono valutati in base al loro potenziale riabilitativo.

A proposito dell'impatto della valutazione multidisciplinare, la risposta è positiva per l'Italia e la Slovenia. La valutazione mu

tidisciplinare garantisce una valutazione più ampia del richiedente e dei suoi bisogni. Poiché una persona viene esaminata da più punti di vista (approccio olistico), questioni diverse, tra le quali il potenziale riabilitativo, la residua capacità di lavoro, il bisogno di aiuto, la riqualificazione e il riadattamento al lavoro, si possono risolvere con l'attiva partecipazione del richiedente. L'aspetto critico consiste nel fatto che i membri devono raggiungere una decisione comune usando lingue diverse e obiettivi diversi. Queste differenze possono condurre a discussioni "infinite" su singoli casi e a conclusioni incerte, con costi e tempi a volte estremamente difficili da tollerare da parte delle amministrazioni da cui dipendono. Sotto questo aspetto, un addestramento specifico all'approccio olistico, come ad esempio quello derivante dall'impiego di uno strumento multidisciplinare per eccellenza, qual è l'I.C.F., potrebbe portare ad un notevole miglioramento, anche operativo della prassi valutativa nelle Commissioni multidisciplinari.

Metodi di valutazione

Il criterio giuridico più comune per l'assegnazione di benefici monetari per le menomazioni derivanti da patologia da lavoro (sistema contributivo gestito da specifici istituti nazionali di previdenza sociale) è la perdita della capacità lavorativa misurata in genere con dei Barema, basati sul tipo di menomazione (con riferimento alla definizione dell'ICIDH del 1980). Le soglie per la concessione dei benefici sono molto diversificate.

A proposito di altri benefit di lungo termine per coloro che diventano disabili durante la vita lavorativa, il criterio giuridico più comune è ancora la perdita della capacità lavorativa, dovuta ad una menomazione legata ad un problema di salute. È così per Germania, Croazia, Italia, Slovenia e Ungheria.

La soglia differisce nei diversi stati: dal 30% in Germania, >67% in Ungheria e Italia.

In Austria esistono diversi e complessi criteri, a seconda della categoria dei richiedenti e del tipo di lavoro svolto (vi sono criteri particolari per i lavori generici, manuali, rispetto ai lavori più specializzati).

Sebbene sia relativamente semplice raggruppare i criteri che governano l'assegnazione di questo tipo di benefit, quando si giunge al settore del metodo di valutazione, l'approccio diventa meno omogeneo.

Un metodo basato su di un Barema è in uso in Austria (in combinazione con la valutazione delle necessità di cura), Germania, e Ungheria (fondi di risarcimento sociale).

Il metodo della capacità funzionale, è usato in Slovenia (in combinazione con l'analisi delle richieste di lavoro). Il metodo si

basa sul concetto di disabilità dell'ICIDH del 1980.

Un metodo misto basato sulla storia lavorativa, clinica e sociale e sull'esame medico è in uso in Italia in ambito INPS.

I benefit per incapacità di lungo termine per coloro che non sono mai entrati nel mercato del lavoro sono ampiamente rappresentati. Si tratta di indennità o di pensioni di disabilità o di invalidità. Questi benefit non contributivi sono conferiti nell'ambito dell'assistenza sociale di ciascuno stato (sistema non contributivo).

I criteri che governano l'assegnazione di benefit in denaro o per specifici gruppi, soprattutto minori, e i relativi metodi di valutazione sono più omogenei. Sono rappresentati soprattutto da una patologia medica con la necessità di cure domiciliari e costi extra. I metodi di valutazione si basano generalmente sulla capacità funzionale, ovvero sul modo in cui un bambino svolge un'attività in confronto ad un fanciullo non disabile della stessa età. Il metodo di valutazione tiene anche conto in genere anche delle necessità di cura e dei costi extra secondo la legislazione regionale e nazionale. Una spiegazione possibile per questo aspetto è che questi benefit non sono ovviamente legati alla capacità di lavoro o di reddito, sono relativamente più recenti rispetto alla pensione e agli schemi di risarcimento per i lavoratori e pertanto sono stati introdotti in molti stati in virtù di raccomandazioni e normative internazionali, tenendo conto delle funzioni globali dell'individuo piuttosto che di una sola funzione. Considerazioni analoghe sono possibili per le indennità di cura di lungo termine. Il criterio più comune, dove chiaramente affermato, è rappresentato da una patologia medica che causa difficoltà nella vita quotidiana e il bisogno di una terza persona. Il metodo di valutazione si basa sulla capacità funzionale, ovvero sul modo in cui la persona riesce ad occuparsi delle faccende quotidiane fondamentali e ad essere indipendente. Il metodo di valutazione include anche la necessità di un'altra persona e costi extra.

In diversi paesi, il concetto di dipendenza è questione di "tutto o niente". Tuttavia, va considerato che esistono diversi livelli di dipendenza, tra un paraplegico sulla sedia a rotelle, ad esempio, e una persona costretta a letto. In Italia, questi due soggetti sarebbero riconosciuti come non autosufficienti e riceverebbero un'indennità equivalente. Questo approccio va rivisto, tenendo presente il concetto di dimensione individuale e di regolamentazione degli interventi finanziari e non finanziari. La Slovenia ha due livelli di benefit per cure di lungo termine, basati sulla quantità e sul livello di prestazione, desunti da un elenco di attività della vita quotidiana sancito dalla legge.

Un modello molto significativo, che si radica nella tradizione giuridica germanica, ma che appare ancora lontano dai criteri adottati in altre realtà (ad esempio, in Italia) è quello del beneficio calcolato in base al tempo extra che la persona gravemente disabile richiede per la sua assistenza.

Vengono così individuati più livelli di gravità per la perdita di autonomia, garantendo una distribuzione più equa delle risorse.

Information technology

I dati raccolti consentono di affermare che una forte integrazione esiste già, potenzialmente, stante la comune identità dei mezzi hardware e software impiegati. Il mercato informatico appare estremamente omogeneo e consentirebbe da subito una rapida comunicazione di dati e di esperienze nelle regioni di Alpe Adria. Tuttavia gli ostacoli a tale integrazione appaiono ancora di tipo politico ed amministrativo, stante la volontà, ancora abbastanza esplicita, di non condividere del tutto la potenza di analisi messa a disposizione dalle nuove tecnologie anche all'interno di singole aree regionali.

Conclusioni

Quest'analisi offre un quadro ovviamente sintetico dei criteri che governano l'assegnazione delle indennità e dell'assistenza personale nelle regioni di Alpe Adria.

Lo studio si è basato sui dati disponibili, raccolti sia mediante il questionario, sia con documentazione recente pubblicata a livello internazionale (aggiornata al 2002).

Si possono comunque trarre alcune conclusioni, peraltro parziali.

Un linguaggio comune non garantisce ovviamente una automatica uniformità ed una maggior certezza di equità nelle modalità di erogazione dei benefici, ma può consentire sicuramente una loro più rapida armonizzazione.

Alcune tipologie appaiono più facilmente integrabili: ad esempio, vi è una forte omogeneità e somiglianza per i benefici economici previsti per i lavoratori dipendenti.

Ugualmente significativa appare la convergenza per i benefici previsti per la condizione di non autosufficienza (dipendenza da terzi), per la quale più immediata appare in ogni regione la scarsità delle risorse, stante l'aumento significativo dei soggetti da

assistere, verificatosi negli ultimi decenni, grazie anche alle conquiste della medicina che hanno consentito una migliore sopravvivenza a persone affette da gravi menomazioni rispetto a pochi decenni fa.

Ugualmente simili ed affrontati in modo analogo appaiono i benefici previsti per i minori e per l'assistenza alle loro famiglie.

Più complessi appaiono gli interventi tesi ad armonizzare gli interventi in ambito scolastico e lavorativo.

Ogni regione ha le sue normative, definite per lo più su base nazionale, con caratteristiche estremamente diversificate, che, soprattutto in ambito scolastico, risentono anche di specifiche impostazioni culturali.

Tuttavia, per quanto riguarda l'inserimento lavorativo, le condizioni di omogeneità previste per il mercato del lavoro in ambito europeo ed anche mondiale, portano inevitabilmente a sviluppare modalità di inserimento lavorativo sempre più personalizzate, basate su quello che la persona disabile riesce effettivamente a fare, come le altre persone "normali", secondo un principio che in altre realtà è già applicato da tempo (vedi gli USA con l' American Disability Act - A.D.A). In tale ambito la sfida difficile, ancora aperta, riguarda invece alcune forme di disabilità (psichiche ed intellettive) per le quali è ancora problematico individuare dei percorsi di inserimento lavorativo adeguati alle esigenze della persona e dell'impresa che li assume.

Sotto questo aspetto, potrebbe essere interessante l'introduzione e l'impiego dei criteri di analisi della disabilità adottati nell'ICF nelle normative e nei regolamenti delle singole regioni di Alpe Adria, anche per meglio comprendere se le definizioni giuridiche nel campo della disabilità e le procedure di valutazione ad esse collegate, oltre ai termini giuridici, siano tra loro effettivamente integrabili.

Riteniamo, infatti, che un linguaggio comune possa aiutare a garantire interventi comuni verso le persone con disabilità, favorendo la più stretta integrazione di comunità regionali, quali quelle di Alpe Adria, tra loro già legate da secoli di storia e civiltà condivise.