

ДОКЛАД

ПРОУЧВАНЕ НА ОПИТА НА ДЪРЖАВИ ЧЛЕНКИ НА ЕС - ФРАНЦИЯ И ИТАЛИЯ, КОИТО ПРИЛАГАТ ICF СТАНДАРТИТЕ НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА
BG05M9OP001-3.010
Проект „Експертиза на работоспособността“



БАЛКАНСКИ ИНСТИТУТ
ПО ТРУДА И СОЦИАЛНАТА
ПОЛИТИКА

Докладът е изготвен в рамките на обществена поръчка „Проучване на опита на държави членки на ЕС, които прилагат ICF стандартите на Световната здравна организация“, част от дейност № 1 от проект на Министерство на труда и социалната политика BG05M9OP001-3.010 „Експертиза на работоспособността“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020.”

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ОСНОВНИ СЪКРАЩЕНИЯ.....	6
УВОД.....	9
РАЗДЕЛ 1 ФРАНЦИЯ	12
1. Законодателна рамка, свързана с ЕР на хората с увреждания	13
1.1. Стратегически документи - стратегии, планове и програми за ЕР на ХУ.....	13
1.2. Нормативни актове, регламентиращи изисквания, свързани с ЕР на ХУ.....	16
1.2.1. Основополагащи закони.....	16
1.2.2. Основни дефиниции.....	19
1.2.3. Права на хората със статут на увреждане.....	19
1.2.4. Допълнителни права при социално осигурени и заети лица.....	27
а. Други документи.....	32
2. Институционална система за извършване на ЕР на хора с увреждания	32
2.1. Окръжни ведомства за хора с увреждания	32
2.1.1. Мултидисциплинарен екип за оценка.....	34
2.1.2. Комисия за правата и автономността на хората с увреждания.....	36
2.2. Национален фонд за солидарност за автономия.....	38
2.3. Национална здравно-осигурителна каса.....	41
3. Методика относно ЕР на хора с увреждания	42
4. Органи за контрол и контролни механизми	60
4.1. Контрол на качеството и етичен кодекс.....	60
4.2. Обжалване на решения	62
4.2.1. Вътрешно помирение и приятелско разглеждане на спорове	62
4.2.2. Ескалиране на жалби.....	62
5. Координация и сътрудничество с други органи и институции във връзка с ЕР	63
5.1. Други структури, които участват в подкрепата на хората с увреждане	63
5.1.1. Национален консултативен съвет по въпросите на хората с увреждане	63
5.1.2. Окръжни съвети за гражданство и автономия	64
5.1.3. Асоциация за управление на фондове за професионална интеграция на ХУ.....	64
5.1.4. Фонд за включване на хората с увреждания в държавната служба	66
5.1.5. Орган на споразумение за задължение за наемане на работници с увреждания	66
5.1.6. <i>Sap Emploi</i>	66
5.1.7. Медико-социални институции и служби.....	67
РАЗДЕЛ 2 ИТАЛИЯ	68
1. Законодателна рамка, свързана с ЕР на хората с увреждания	69
1.1. Стратегически документи - стратегии, планове и програми за ЕР на ХУ.....	69
1.2. Нормативни актове, регламентиращи изисквания, свързани с ЕР на ХУ.....	71
1.2.1. Видове статут, свързани с хората с увреждания.....	78
1.2.2. Права на хората с увреждане според техния статут	80
2. Институционална система за извършване на ЕР на хора с увреждания.....	90
2.1. ULSS - ASL (Местно звено за здравеопазване).....	90
2.2. Служба за трудова интеграция	92

2.3.Областни служби за заетост	100
3.4. Национален институт за социално осигуряване (INPS)	102
3. Методика относно ЕР на хора с увреждания	103
3.1. Първоначална медико-правна оценка	103
3.1.1. Оценка на гражданската инвалидност	103
3.1.2. Оценка на увреждане/хандикап и нужда от рехабилитация	104
3.1.3. Формуляри, нужни документи и оценителен доклад.....	107
3.2. Второстепенни многомерни оценки на увреждането за териториални услуги	109
3.2.1. Експериментална матрица за многомерна оценка Support Intensity Scale	109
3.2.2. Пилотна регионално утвърдена методология SVaMDi (базиран на ICF)	109
3.3. Експериментални методи на оценка на работния капацитет на хора с увреждане ..	119
3.3.1. Експериментални оценки на работоспособността	119
3.3. Идентифицирани общи проблеми при извършване на ЕР на ХУ	126
3.4. Обмен на информация.....	128
4. Органи за контрол и контролни механизми	129
4.1. Контрол на качеството и етичен кодекс.....	129
4.1.1. Контрол	129
4.1.2. Етичен кодекс и кодекс на работа на медицинските комисии.....	130
4.2. Обжалване на решения	131
5. Координация и сътрудничество с други органи и институции във връзка с ЕР	132
5.1.Други структури, които участват в подкрепата на хората с увреждане	132
5.1.1. Националната обсерватория за състоянието на хората с увреждания.....	132
5.1.2. Социални кооперации от тип Б.....	132
5.1.3. Други оператори	133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	137
ИЗПОЛЗВАНИ ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ	

СПИСЪК С ТАБЛИЦИ И ФИГУРИ

РАЗДЕЛ 1 – ФРАНЦИЯ

Таблица 1: Стойност на пенсията за инвалидност поред категорията инвалидност	29
Таблица 2: Компоненти на оценка спрямо заявените нужди на лицето.....	46
Фигура 1: Състав на Мултидисциплинарния Екип	35
Фигура 2: Схематично представяне на процедурата по признаване на уврежданията.....	42
Фигура 3: извадка от картата за оценка в Компонент “Дейности и функционален капацитет” – Група “Общи задачи изисквания, отношения с другите”	51
Фигура 4: Дърво на решенията, свързани с допустимостта от и прилагането на скалата за неспособност	54
Фигура 5: Указателна схема за статута на RSDAE	57
Фигура 6: Графика на потока от информация между различните структури, който ще бъде дигитализиран през следващите няколко години	59

РАЗДЕЛ 2 - ИТАЛИЯ

Таблица 3: Обобщение на правата спрямо степента на инвалидност.....	81
Таблица 4: Директни придобивки при статут на хандикап.....	83
Таблица 5: Услуги за трудоустрояване на ХУ в рамките на ULSS.....	93
Таблица 6: Скала на Barthel.....	105
Таблица 7: Скала на Katz.....	105
Таблица 8: Използвани кодове в методологията за оценка	111
Таблица 9:Класификатори на дейностите и % увреждане	114
Таблица 10: Тегла на отделните компоненти на ICF	117
Таблица 11: Съдържание на контролен списък на работника с увреждане	121
Таблица 12: Картата на работодателя, задължен да интегрира работници с увреждане съгласно закон от 1999	122
Таблица 13: Раздел D от Карта на работодатели с ICF кодове за дейност и участие спрямо околна среда.....	122
Таблица 14: Използвани инструменти при отделните фази на експериментален проект за оценка на риска на работното място	125
Фигура 7: Разпространение на SVaMDi към 2016 г.	78
фигура 8: Организационна структура на местните здравни и санитарни услуги.....	90
Фигура 9:Организационна структура на структурата на управление на ULSS.....	91
Фигура 10: Диаграма на потоците при интегрирани услуги за ХУ	95
Фигура 11: Териториална единица за оценка	99
Фигура 12: Процес на трудоустрояване	101
Фигура 13: Илюстрация на метода на коригираната медиана $\frac{3}{4}$	116
Фигура 14: Структура на резултатите от синтеза на профила на SVaMDi	119

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ОСНОВНИ СЪКРАЩЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1 - ФРАНЦИЯ

AAH:	Помощта за хора с увреждане
Agefiph:	Асоциация за управление на фонда за професионална интеграция на хората с увреждания
ADF:	Асамблея на френските департаменти
ALD:	Дългосрочни заболявания
APEI:	Асоциация на родители и приятели на хора с интелектуални затруднения
ARS:	Регионална здравна агенция
ACOSS:	Централната агенция на социално осигурителни организации
BOE:	Бенефициенти на задължението за заетост
CAF:	Фонд за семейни помощи
CARSAT:	Фонд за пенсионно осигуряване и здравословни и безопасни условия на труд
CDAPH:	Комисия за правата и автономност на хората с увреждания
CDTD:	Центрове за надомна работа
CIDPH:	Международната конвенция за правата на хората с увреждания
CIH:	Междуправителен комитет по въпросите на хората с увреждания
CNAV:	Национален осигурителен фонд за старост
CNCPH:	Национален консултативен съвет за хора с увреждания
CNSA:	Национален фонд за солидарност за автономия
CPAM:	Основен здравноосигурителен фонд
CPC:	Центровете за предварителна ориентация
CRP:	Център за професионално образование
Direccte:	Регионална дирекция за предприятия, конкуренцията, потребителите, труда и заетостта
DGEFP:	Генерална делегация за заетост и професионално обучение
EA:	Адаптирано предприятие
EPE:	Мултидисциплинарен екип за оценка
ESMS:	Медико- социални служби и институции
Ésat:	Институции и защитена заетост
FALC:	Лесен за четене и разбираем език
Fiphfp:	Фонд за интеграция на хората с увреждания в държавната служба
ICF:	Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето на СЗО
GEVA:	Ръководство за оценка на нуждите на обезщетения на лицето с увреждане
INSEE:	Национален статистически институт

LPPR:	Списък на продукти и услуги, обезпечени от структурите на социалното осигуряване
MDPH:	Окръжни ведомства за хора с увреждане
MSA:	Фонд за селскостопанска солидарност
MVA:	Надбавка за независим живот
OETH:	Задължение за наемане на работници с увреждания
PAG:	Глобален план за подкрепа
PCH:	Компенсация за увреждане
PPC:	Индивидуален план за компенсация
PRITH:	Регионални планове за интеграция на работници с увреждания
RLH:	Признаване на тежестта на увреждането
RSDAE:	Съществено и постоянно ограничение на достъпа до заетост
RSI:	Частни осигурителни фондове
RQTH:	Качеството на работник с увреждания
Sessad:	Специализирана образователна и домашна помощна служба
TCI:	Съд по въпросите на уврежданията
UEROS:	Специализирани служби за оценяване, преквалификация и социално консултиране
UCANSS:	Съюз на националните фондове за социално осигуряване

РАЗДЕЛ 2 - ИТАЛИЯ

ADI	Интегрирани домашни грижи
ADP	Програмирани домашни грижи
ANPAL	Националната агенция за активни трудови политики
ASL	Местна здравна агенция
ASST	Териториална социо-санитарна агенция
ATS	Агенциите за здравна защита
CD	Дневни центрове
CDI	Дневни центрове за интегрирани услуги
CMC	Висша медицинска комисия на INPS
DSM	Центрове за ментално здраве
INAIL	Национален институт за трудови злополуки
INPS	Национален институт по социално осигуряване
ISTAT	Национален статистически институт
OND	Национална обсерватория за условията на хората с увреждане
MLSP	Министерство по труда и социалната политика
PAI	План за индивидуална помощ
RSA	Здравни резиденции
SIL	Услуги по трудоустройство
SPI	Областни служби по заетостта
SVaMDi	Многомерна карта за оценка за хората с увреждания
VMD	Многомерна оценка
ULSS	Местно звено за здравеопазване (друг термин е ASL)

УВОД

Настоящото проучване се фокусира върху опита на Франция и Италия, като активни страни, не само приели Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето /ICF/ като международен стандарт за описване и измерване на здравето и уврежданията¹ но и положили целенасочени мерки по внедряване на класификатора в системите си за здравеопазване и социално подпомагане на хора с увреждане.

Приложението на ICF в световен мащаб е основно посредством разнообразни пилотни проекти и към момента е основно ориентирано към диагностика и рехабилитация на специфични заболявания. Към момента в Европа редица държави проучват приложимостта на ICF или пилотират внедряването ѝ в различни сфери на работа – от интерактивни игри за оценка на специфични групи с интелектуални проблеми (Исландия), оценка на работоспособност в групи в неравностойно положение на пазара на труда (Белгия), внедряване на класификатора в университетски учебни програми (Германия) през определяне на специални нужди от образование на деца и младежи (Англия), пилотни оценки на прогреса на пациенти в сферата на клиничната рехабилитация в някои университетски болници (Чехия), използване на класификатора за целите на националната статистика (Ирландия) до прилагане на класификатора (и използването на WHODAS 2.0) при определяне на инвалидните пенсии (Швейцария) и политиките за ХУ (Кипър², Франция, Италия). Допълнително за оценка на работоспособността само няколко страни като Германия, Франция, Италия и Холандия пилотират на проектно ниво целенасоченото приложение на класификатора към трудоустрояването на ХУ. Изборът на настоящия анализ върху Италия и Франция се дължи на това, че и двете страни са внедрили класификатора на национално (за Франция след реформите през 2005 г.) и регионално (за Италия започнало пилотиране от 2007 насам) ниво.

Допълнително, изборът на анализ на моделите на Франция и Италия произлиза от условието на Възложителя страните да са ратифицирали Конвенция №37 на СЗО. Франция прави това през 23 август 1939 г. а Италия през 22 октомври 1947 г.

Във Франция съществуват основно два модела на признаване и системи за обезщетения за хора с увреждане, които постепенно ще бъдат обединени в бъдеще. Това са социалния модел на увреждане (*handicap*), внедрен с помощта на международни и Европейски институции и формализиран в новия закон за правата на хора с увреждане от 2005 г., и здравно-осигурителния модел на инвалидност (*Invalidité*), произлизащ от закона за общественото осигуряване. За целите на това проучване ще се фокусираме основно върху модела за определяне на статута *handicap* (лице с увреждане), в който се включва кодиране съгласно ICF. Този модел се използва също така и за признаване на качеството на работниците с увреждания (RQTH), както и за преценка на нуждите от компенсация, обезщетения и подкрепа в рамките на индивидуалните жизнени проекти на всяко лице с увреждане.

След реформата във Франция между 2005 и 2014 г. социалният принос за хора с увреждания нараства съвкупно с 13,5 млрд. евро (или 2,4%) като за 2014 той се равнява на 46,6 млрд. евро или 2,2% от БВП. Различните социални плащания и компенсация за увреждане, представляват 42,7 милиарда евро, а допълнителните социални и правни облаги за фирмите, наемащи ХУ възлизат на

¹ ICF е официално одобрен от всички 191 държави-членки на СЗО по време на петдесет и четвъртата Световна здравна асамблея на 22 май 2001 г. (резолюция WHA 54.21).

² Assessing Disability in Working Age Population: A Paradigm Shift. Jerome Bickenbach, Aleksandra Posarac, Alarcos Cieza, Nenad Kostanjsek. World Bank 2015

3,4 млрд. евро. Това увеличение се дължи главно на нарастването на стойността на компенсацията за увреждане, реформата на обезщетенията за деца с увреждания и преоценката на помощите за възрастни с увреждания. За 2014 са направени разходи по приемане и настаняване на хора с увреждания (14,1 млрд.), инвалидни пенсии за осигурените (9,3 млрд.), помощи за възрастни с увреждания-ААН (8,5 млрд.), обезщетения за трудови увреждания (3,4 млрд.), гарантиране на ресурси от институции и служби за подпомагане на заетостта ESAT (3 млрд.), компенсация за увреждане (1,6 млрд.), помощи за деца с увреждания (0,9 млрд.), други видове пенсии (пр. военни инвалиди – 0,7 млрд.), ползи, свързани с наемането на работници с увреждания чрез организациите *Agefiph* и *Fiphfp* (0,6 млрд.), фискални облекчение под условия (0,5 млрд.), облекчения на ДДС (1,2 млрд.), други фискални помощи (0,2 млрд.), освобождаване от вноски за социално осигуряване (1,2 млрд.), и данъчни облекчения за социални помощи на ХУ (1 млрд.).³

Съществува разлика между това човек да е с признат статут на увреждане и да форма на увреждане. За 2008 г. в столичния регион *Ил-де-Франс* признатите от Държавата ХУ в работоспособна възраст са 6% от общо 15,3% деклариращи форма увреждане (било то обективно намалени функции, ограничена активност, идентифицирано такова в следствие на получени придобивки и помощи, било то субективно усещано от лицето), докато за провинцията признатите увреждания възлизат на 9,1 % от декларираните 21.1% форма на увреждане/ограничение. Според INSEE 12 милиона французи имат някаква форма на увреждане (18% от населението на страната), като 80% от тези увреждания са невидими/непризнати.⁴

За 2011 общо 1,8 милиона са хората в работоспособна възраст с признато увреждане (ОЕТН) като 35% е тяхната заетост. За 2015 г. 2,7 милиона са хората с административно признаване на увреждане, които са и бенефициенти на задължението за трудова заетост на работници с увреждания (ВОЕ), което е около 7% от населението в активна възраст на Франция. Процентът на трудоустроените ХУ от тази група е съответно 35% (спрямо обща заетост от 64%), а 19% е нивото на безработица сред тази група (спрямо 10% обща безработица). Според данни на бюрата по труда за 2017 търсещите заетост ХУ със статут ВОЕ са 8,5%. Сред заетите ХУ процентите 70% са в частния сектор, 22% в държавния сектор и 8% с независими професии (близки спрямо общите за населението)⁵. За 2015 г. в 100 300 предприятия (с 300 повече от 2012г.), подлежащи на задължение за наемане на работници с увреждания (ОЕНТ), са наети 431 хил. работници с увреждания (около 5.5%). Това представлява 325 400 еквивалентни работни места на пълен работен ден през годината или 3,4% дял на заетите лица с увреждания в заетостта (при квота от 6%)⁶.

Социално-демографските характеристики на търсещите работа ХУ дават следната картина - 46% са жени, 48% са над 50 години, 26% нямат средно образование, 26% имат висше образование, 39% имат ниско ниво на квалификации, 56% са дългосрочно безработни, и 22% получават финансови помощи за статута си на човек с над 80% степен на увреждане (ААН, *виж условия*). Макар и безработицата сред ХУ да е два пъти по-голяма от средната за страната, през 2015 г. броят на заетите лица с увреждания е нараснал с около 30% спрямо 2011 и е интересно да се видят политиките на Франция за справедливост и приобщаване, ресурсите и тяхното администриране в подкрепа на хората с увреждане и методите за експертиза на работоспособността.

В Италия живеят около три милиона хора с тежко увреждане, като едва милион и сто хиляди имат надбавка за грижи, около 200 хиляди живеят в институции или в домове за здравни грижи (RSA). Близко 70% от семействата сами се справят с увреждането на близките си. Италия има високо равнище на разпределените средства за пенсии (17,17% от БВП през 2014 г.), а сред тях около 7,2% са предназначени за лица с увреждания. Според данни на Евростат Италия разходва недостатъчно средства в помощ на хората с увреждане: 430 евро на глава от населението (спрямо средната стойност за Европа от 538 евро). Средният годишен разход на общините за човек с увреждане е под

³ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er999.pdf>

⁴ <https://www.talenteo.fr/chiffres-handicap-2015/>

⁵ Tableau de bord FRANCE ENTIERE, N° 2017-2 - Page 3

⁶ Insee Références, édition 2018 - Santé - Handicap - Dépendance

3 хил. евро на година, или 8/евро на ден, като различията между региони са изключително големи (469 евро за Калабрия спрямо 3875 евро за Пиемонт).⁷

Около 4.5 милиона души съобщават за наличието на "сериозни ограничения" (спрямо определението, използвано от Комитета за икономическа политика на ЕС *EPC-RGS* – "ограничения, които продължават най-малко 6 месеца в дейностите, които хората обикновено изпълняват"⁸). Спрямо по-ограничителното понятие за увреждане в доклада "Социално приобщаване на хора с функционални ограничения, тежка инвалидност или хроничност" (издаден от ISTAT в сътрудничество с Министерството на труда и социалната политика и Националната обсерватория за състоянието на хората с увреждания, 2015г.) съществуват около 3,2 милиона души (4,8% от населението) на възраст над 15 години (и извън институции), с поне едно сериозно функционално ограничение на двигателните, сензорните, когнитивните функции или при изпълнение на основните функции в ежедневието. Около 2.5 милиона от тях са в напреднала възраст. През 2012 г. 257 009 души с увреждания или несамодостатъчност са пациенти в структурите на социално-здравни грижи. В същото време INPS удостоверява, че през 2013 г. съпътстващото обезщетение за гражданска инвалидност е изплатено на малко над 2 милиона бенефициенти на възраст над 15 години. На теория може да се каже, че около 1 милион души със сериозни функционални ограничения не получават съпътстваща помощ, дори и ако отговарят на условията за нейното предоставяне⁹.

В Италия системата на хората с увреждания е все още стратифицирана, с изключително различни определения, концепции, перспективи на интервенция и ползи, които в някои случаи водят до хетерогенни и противопоставящи се процеси и инструменти на оценка и несравними профили на увреждане. Два са основните метода – хандикап/увреждане и гражданска инвалидност/слепота/глухота, чието сливане, макар и предвидено в закон 335/1995, не е все още изпълнено. Към тези две основни пътеки се добавят и други, като тези, свързани със закон 68/1999, който се отнася до състоянието на учениците с увреждания (предпоставка за последващо дефиниране на PEI), и тези, които се активират на регионално ниво за "несамодостатъчност". Италия се опита да реформира своята система за хора с увреждане през 2013г., но първоначалното предложение за цялостна реформа не беше прието нито от представителните организации, нито от синдикатите на лекарите и социално-здравните институции. Втори опит за реформа се извършва понастоящем, като е интересно да се види какви компромиси Италианското правителство взима, за да може да отговори на интересите на всички лобиращи страни и да предоставя по-адекватни услуги за хората с увреждане. Новата реформа не заличава изцяло съществуващата система, но се опитва да унифицира практики и да внедри оценка, базирана на ICF на цялата територия, с която да може да се определят по-точни мерки и по-ефективно програмиране на здравните и активните политики на пазара на труда. В този аспект е интересно да разгледаме настоящия опит на Италия и да разгледаме предложенията на националната Обсерваторията за състоянието на хората с увреждания относно направленията за довеждане на реформата до край. Макар и все още в процес на реформи системата на Италия е близка до Българската и е интересно да се види нейния напредък, ползи и ограничения. Още повече, че ICF се експериментира и документира в Италия от 2007 г. насам, което предоставя налична полезна информация относно приложимостта на класификатора за идентифициране на нуждите и за създаване на политики за хора с увреждания.

⁷ <http://www.vita.it/it/article/2015/12/02/la-disabilita-in-italia-in-numeri/137618/>

⁸ Тези ограничения включват широк спектър от клинични ситуации, вариращи от т. Нар. *Крежкост* (Биологичен и клиничен синдром, характеризира се с намалени резерви и резистентност към стрес, причинени от кумулативния спад на няколко физиологични системи в резултат на биологични, психологически и социални фактори) до липса на автономност с постоянна грижа.

⁹ <http://www.fishonlus.it/files/2015/09/persone-con-disabilita-italia.pdf>

РАЗДЕЛ 1

ФРАНЦИЯ

1. Законодателна рамка, свързана с ЕР на хората с увреждания

1.1. Стратегически документи - стратегии, планове и програми за ЕР на хора с увреждания

Най-актуалният стратегически документ, който определя ангажираността на правителството за подобряване на живота на ХУ е внесено в Съвета на министрите от Държавния секретар към министър-председателя, ангажиран с въпросите на хората с увреждания съобщение "Хората с увреждания: петгодишен приоритет".¹⁰ В съобщението се споменава за *"Усилието, което ще бъде направено в полза на чиракуването, както и усилията за обучение на търсещите работа, да са напълно достъпни за хората с увреждания. Това са два от ключовите фактори за насърчаване на достъпа до заетост на ХУ, чието равнище на безработица остава два пъти по-високо от средното за страната"*, както и за *"повишаване мобилизацията на различните участници в обществените служби по заетостта и на работодателите. Ще се прилагат стимули за наемане на хора с увреждания, включително ефективното внедряване на подкрепени услуги за заетост, за да се насърчи тяхната ефективна заетост. Наемането на хора с увреждания вече не трябва да се възприема като ограничение, а като възможност да се създаде общество на работа за всички, както е наредено от президента на Републиката."*

Франция показва твърдо решение да защитава правата на хората с увреждания. Страната ратифицира Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания и нейния факултативен протокол през декември 2009 г., двете от които влизат в сила през 2010 г. Франция също така участва активно за присъединяването на ЕС към Конвенцията през същата година. Приемането на Конвенцията на ООН предполага приемането на "интегриран подход към уврежданията в публичните политики", както е определено в циркулярното писмо на министър-председателя от 4 юли 2014 г., което прави задължително при подготовката на всеки проектозакон, представен на Парламента, той да бъде съобразен с разпоредбите, отнасящи се до хората с увреждания. Ратифицирането на Конвенцията също така инициира правителството да обърне специално внимание на въпроса за прякото участие на хората с увреждания в разработването на политики, които ги засягат.

Политиката за хората с увреждания, има силен междуведомствен характер и се определя от Междуведомствен комитет по въпросите на хората с увреждания (*Comité Interministériel du Handicap*). Междуведомственият комитет по въпросите на хората с увреждания, създаден с постановление от 6 ноември 2009 г., *"отговаря за определянето, координирането и оценката на държавните политики за хората с увреждания"*. Под председателството на министър-председателя той обединява всички членове на правителството, засегнати от тази политика. По време на заседание на CIH правителството се ангажира да включи компонент за ХУ във всеки проектозакон.

Инструмент на правителството е и Националната конференция по въпросите на хората с увреждания. Създадена със закона от 11 февруари 2005 г., Националната конференция има за цел да обсъди и дефинира основните и бъдещи насоки на правителствената политика за хората с увреждания. По време на конференцията участват всички заинтересовани страни (сдружения на лица с увреждания, представители на институции или социални и медико-социални услуги за хора с увреждания, управители на осигурителни организации, синдикати и работодателски организации), с цел обсъждане на ориентацията и средствата на политиката

¹⁰ <http://handicap.gouv.fr/priorites/article/handicap-une-priorite-du-quinquennat>

по отношение на хората с увреждания. Третото издание на Конференцията (през 2014 г.) е закрито от президента на републиката, който прави публично достояние новата **тригодишна пътна карта**¹¹, допълваща и развиваща правителствения план за действие за политиката в областта на хората с увреждания. Следващата конференция е проведена през 2016 г. и докладва за напредъка спрямо поставените цели в плана за действие.¹²

Целите на пътната карта, произтичащи от принципите на свобода, братство и равенство, се основават по-специално на Международната конвенция за правата на хората с увреждания (CIPDH), ратифицирана на 18 февруари 2010 г., както и на доклада на Икономическия и социален съвет (CESE), представен през юни 2014 г., озаглавен "По-добра подкрепа и включване на хората с увреждания: едно предизвикателство, една необходимост". Правителствените перспективи са формулирани около целите за изграждане на приобщаващо общество, отворено за хората с увреждания; предоставяне на възможности и грижи, адаптирани към положението на всеки човек с увреждане; и опростяване на ежедневието на ХУ. Всяка от тези цели съответства на специфични краткосрочни и дългосрочни цели. В частност, насочени към заетостта на ХУ са поставени следните специфични цели:

2.1.1.3 Улеснено професионално ориентиране на младите хора с увреждания - Улесняване на реализацията на стажове за ориентиране (приоритет на приобщаващото образование)

2.1.2 Живот и работа като другите, заедно с другите

2.1.2.1 "Примерна" администрация

- Отваряне на висши ръководни позиции в държавата за ХУ чрез планирани конкурси. Тази система ще даде възможност на избраните ХУ да растат в кариерата като следват адаптиран обучителен курс в ENA (Висшето училище за държавна администрация). Този вид набиране на кадри трябва да бъде преведен в указ в Държавния съвет.
- Разширяване на обхвата на задължението за наемане на работници с увреждания в обществената администрация
- Провеждане на преговори със синдикатите относно политиката на хората с увреждания в държавната служба

2.1.2.2. Подобряване на квалификацията на хората с увреждания чрез увеличаване на достъпа до професионално обучение и ориентиране (посредством Agefiph)

- Разширяване на приложението на лична сметка за обучение
- Ориентиране на хората с увреждания към по-разнообразен набор от професии
- Подобряване на подкрепата за наемане на хора с увреждания чрез постепенното обобщаване на методика, насочена към определяне на професионална цел на ХУ по отношение на предприятията

2.1.2.3 Насърчаване на бизнеса да развива връзки с хората с увреждания

- Опростяване процедурите за признаване на тежестта на увреждането (LRH)
- Гарантиране на регионален мониторинг на достъпа на работниците с увреждания до подкрепена заетост (финансиране на част от заплатата на ХУ)

2.1.2.4 Придружаване на хората с увреждания и предотвратяване на нетрудоспособността и професионалното оттегляне

2.1.2.5 Допълнителни усилия за достигане на изискването за заетост от 6% за работници с увреждания

¹¹ Rapport du Gouvernement au Parlement sur la politique nationale en direction des personnes handicapées 2013 - 2015

¹² www.dailymotion.com/video/x4bh8x2 - 4то издание на Национална конференция по въпросите на хората с увреждания

2.1.2.6 Насърчаване на обмена между адаптиран сектор, защитен сектор и нормалната работна среда.

Във връзка с оценката на увреждането и работоспособността, както и на предоставянето на помощи следните специфични цели са поставени от правителството:

1.3.2.2 Подобряване на услугата, предоставяна от Окръжните ведомства на хора с увреждане(MDPH) и пилотирането на ААН

- Подобряване на услугата за оценяване и ориентиране, предоставена от MDPH (намаляване на времето за обработка, хармонизиране на практиките) – опростяване на заявленията и медицинските свидетелства, онлайн кандидатстване, вземане предвид на препоръките от Доклада “Нула нерешени случаи”¹³ от 2014 г.
- Подобряване на управлението на ААН – хармонизиране на условията за отпускането на помощта.

През 2017 Междуведомствената комисия по въпросите на хората с увреждания заседава за първи път за новия петгодишен програмен период с тема “Да живееш с увреждания в ежедневието”. Правителството започва задълбочена работа, която би трябвало да доведе до изготвяне на министерски планове за действие в началото на 2018 г. Сред големите цели за следващите пет години са¹⁴: преоценяване на ААН към 900 евро; опростяване на функционирането на MDPH (модернизиране на инструментите за обработка на заявления посредством нова информационна система, хармонизиране до 2020 на стандартите за качество на решенията на MDPH); подобряване на достъпа до правата на хората с увреждания в най-уязвимите райони (политически-чувствителни квартали на града и селските територии); укрепване на избирателната достъпност и дематериализиране на пропагандата; укрепване на цифровата достъпност на обществените услуги; разработване и използване на лесен за четене и разбираем език (FALC) в правителството.

Споразумение за целите на управление (COG) между CNSA (Национален фонд за солидарност за автономия) и държавата, одобрени от Съвета за периода 2016-2019, определят допълнителни приоритети за действие¹⁵:

- Подобряване на знанията за потребностите на възрастните и хората с увреждания при адаптирането на индивидуалните отговори и колективното предлагане на услуги;
- Подобряване на достъпа до правата на хората с увреждания, възрастните хора и лицата, полагащи грижи за тях;
- Изграждане на адаптирани и ефективни отговори по логичен път;
- Гарантиране на справедливо и ефективно управление на финансирането на медицинските и социалните институции и услуги чрез добро управление на разходите;
- Подобряване на функционирането и намесата на CNSA.

Национална многопартийна конвенция за цели и средства за наемане на работници с увреждания¹⁶ (заменяща първата конвенция от 2013 и подписана през 2017 от правителството, агенцията по заетостта, Agefiph, Fiphfp, CNSA, регионите във Франция, ADF, CNAMTS, CCMSA, RSI, CHEOPS и UNML) обединява всички партньори, работещи по въпросите на заетостта на хора с увреждания. Целта ѝ е да акцентира върху синергията между различните участници. За да обхванат всички оси на конвенцията, са формулирани работни групи по следните теми: път

¹³ « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Rapport de Denis Piveteau de juin 2014

¹⁴ <http://www.gouvernement.fr/comite-interministeriel-du-handicap-dossier-de-presse>

¹⁵ <https://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>

¹⁶ Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020

на интеграция, професионално обучение, задържане на работа, координация на проучванията и статистиката.

Регионални планове за интеграция на работници с увреждания (PRITH¹⁷), въведени с циркулярно писмо на DGEFP през 2009 г. имат за цел преместване на действията за наемане на работници с увреждания на регионално равнище в една по-стратегическа визия. За да могат да бъдат сравними, регионалните планове определят план за действие с количествени цели, описание на свързаните с тях средства и индикатори за мониторинг. Сътрудничеството е най-важния елемент за ефективността на регионалните планове. Основните партньори на PRITH са MDPH, Direccte, Agefiph, регионалният съвет, Fiphfr. Допълващи партньори в зависимост от региона са CARSAT, ARS (Регионална здравна агенция), RSI, ректорати, университетите, окръжните съвети, социалните партньори и др. Пример за такова партньорство е PRITH d'Île-de-France¹⁸ (регионален план за столичния регион)

Други стратегически документи са планът на Agefiph, чиято мисия е да насърчава професионалната интеграция и задържането на работа на хора с увреждания в частни компании. Стратегическият план от 2017 г. се фокусира върху стратегически цели като по-добра подкрепа на хората с увреждания и наемането им на работа; обучение като лост за професионалната кариера на хората с увреждания; и мобилизиране на бизнеса, икономическия и социален свят към заетостта на лица с увреждания.¹⁹

Подписването на национално рамково споразумение за засиленото партньорство между *Pôle emploi* (Агенция по заетостта) и мрежата *Cap Emploi* (мрежата се състои от 118 организации, определени от закона от 11 февруари 2005 г. като Агенции за специализирана подкрепа за заетост на ХУ) също е пример за засилено партньорство между заинтересованите страни по въпросите на заетостта на ХУ.

1.2. Нормативни актове, регламентиращи изисквания, свързани с ЕР на ХУ

1.2.1. Основополагащи закони

Закон №° 2004-626²⁰ от 30 юни 2004 относно солидарността за възрастните хора и хората с увреждания. Законът предвижда честването на национален ден на солидарност (чл. 2), който да гарантира финансирането на нови действия за автономията на възрастните хора или хората с увреждания. Това е допълнителен ден за неплатена работа на служители (или съвкупно 7 часа) и ден, през който работодателите внасят 0,3% от общата стойност на заплатите в предприятието към бюджета на Държавата. Денят се чества в понеделник след Петдесетница. В частния сектор точната дата на този ден може да бъде договорена на ниво бранш или компания. Законът учредява и Националния фонд за солидарност за автономия CNSA (чл. 7-12), който разполага с вноските от работодателите по време на годишния ден на солидарност (близо 3 млрд. евро за 2017 г. от които 1,5 млрд. отиват за помощи и услуги за възрастни и близо млрд. за ХУ). Законът променя Кодекса на труда и Кодекса за социални и семейни дейности.

¹⁷ Кодексът на труда (член L. 5211-5) предвижда изготвянето на план на всеки пет години от публичната служба по заетостта и под ръководството на представителя на държавата в региона -Регионална програма за професионална интеграция на работници с увреждания

¹⁸ <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/article/emploi-et-handicap-le-dispositif-de-l-emploi-accompagne>

¹⁹ Plan stratégique de l'Agefiph 21 février 2017

²⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000622485&categorieLien=id>

Закон от 11 февруари 2005 г. за равни права и възможности, участие и гражданство на хората с увреждания.²¹ Този закон създава специфични права за хората с увреждания, за да им даде възможност да намерят своето място в обществото. Законът установява основните принципи на политиката за хората с увреждания, която съчетава:

- стратегия за достъпност (обобщена в механизмите на общото право) на хората, които са ограничени в тяхната автономия, която да позволи "достъп до всичко за всички" по отношение на училищното образование, заетостта, здравеопазването, жизнената среда и дейностите на обществения живот, и
- компенсационна стратегия за намаляване и преодоляване на функционалните увреждания/нарушения (*Incapacité*) на самите хора.

Законът дава оперативен характер на повечето общи задължения на Конвенцията на ООН, приета на по-късен етап, и рамкира дейността на CNSA, създадена със закона от 2004. Законът също така предвижда провеждането на Националната конференция за хората с увреждания и създава новаторско право на универсално обезщетение. За хората с увреждания това означава, че те могат да се възползват от компенсация за увреждане, която е предназначено да покрие разнообразни и конкретни нужди като човешка, техническа или животинска помощ, адаптиране на жилище или превозни средства, в съответствие с житейския проект, формулиран от лицето с увреждания. Новият закон модернизира закона от 1975 г., който вече е имал за цел да насърчи интеграцията на хората с увреждания по отношение на грижи, образование или професионално обучение. Със новия закон правителството се опитва да насърчава автономията на хората чрез индивидуални житейски проекти (*projets de vie*). Законът потвърждава и задължението за най-малко 6% работници с увреждания за фирми с повече от 20 служители, укрепва санкциите, създава стимули и ги удължава до държавните и общински работодатели. Той налага и задължение за достъпност на сгради и транспорт до 2015 г.

С този закон се преработва институционалния ландшафт на сектора като се създават Окръжните ведомства за хора с увреждания (MDPH), универсални приемни места за ХУ и семействата им, където се концентрират услугите за ориентиране, информация, оценка и последваща подкрепа. В рамките на тези ведомства Комисия за правата и автономност на хората с увреждания (CDAPH) взема решенията относно всички права на хората с увреждания въз основа на комплексна оценка, направена от мултидисциплинарен екип и предложен индивидуален план за компенсация. Мултидисциплинарният екип определя процент на трайна неспособност (TIP), използвайки скала и ръководство за оценка на нарушенията [*déficiences*] и затрудненията [*incapacités*] на хората с увреждания.²² Чл. L.146-8 реферира към приложението на тази скала. В последствие от 2008 г. GEVA²³ (Наръчник със скала за оценка на нуждите на обезщетения на лицето с увреждане) е дефинирана с Наредба № 2008-110 от 6 февруари 2008 г., и постановление от 6 февруари 2008 г., публикуван в Официален вестник от 6 май 2008 г. GEVA става националната референция за оценка на нуждите от обезщетения. Тя постепенно премества фокуса от "процент на неспособност" (IP) на "степен на автономия" (макар, че TIP все още се определя за да се прецени финансовата помощ за лицето, компенсацията за увреждане от скоро не е обвързана с този процент). Той се използва от мултидисциплинарния екип за подготовка на предложения в рамките на план за лични компенсации (*Plan Personnalisé de Compensation*). Този план има за цел да гарантира възможно най-голяма автономия за хората с увреждания. Компенсацията за увреждане (PCH), в дома на лицето или в институция, е в основата на персонализирания план за лични компенсации. Той

²¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

²² Приложение 2-4 към Указ № 2004-1136 от 21 октомври 2004 г. относно Кодекса за социални и семейни дейности / Code de l'action sociale et des familles

²³ Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

не подлежи на условност от доходите на лицето и включва различни мерки: индивидуална домашна помощ, институционална ориентация, образование, професионално ориентиране и др.

Законът променя Кодекса на труда, Кодекса за социални и семейни дейности, Кодекса за общественото здраве, Кодекса на социалното осигуряване, Гражданския кодекс, Кодекса на образованието, Кодекса на обществените поръчки, Общия кодекс за териториалните колективи, Кодекса за строителство и жилищно настаняване, Кодекса за урбанизация, Общия данъчен кодекс, Кодекса на селските региони, Избирателния кодекс, и Наказателно-процесуалния кодекс.

Закон № 2016-1088 от 8 август 2016 г. относно заетостта, модернизацията на социалния диалог и осигуряването на кариерно развитие²⁴ Този закон обновява Кодекса на труда и формализира правото на подкрепена (придружена) заетост на хора с увреждане. Целта на схемата за подкрепа на заетостта е да се даде възможност на работниците с увреждания да имат достъп и да поддържат платена заетост на пазара на труда. За тази цел в полза на работника с увреждания се включва медико-социална подкрепа и подкрепа за професионална интеграция. За да бъде ефективно приложението схемата включва и подкрепа на частни или обществени работодатели. Те могат да се ползват от "референтната заетост на хората с увреждания", за да предотвратят или да отстранят трудностите, срещнати при изпълнението на задачите, възложени на работника с увреждания или да оценят и адаптират съответната позиция и работна среда. Законът променя и други кодекси като Кодекса за социални и семейни дейности, Кодекса за общественото здраве, Общия данъчен кодекс, Кодекса на селските региони, Кодекса за транспорт, Общия кодекс за териториалните колективи и др.

Закон № 2016-41 за модернизация на здравна система (януари 2016 г.) В следствие на мярката "Придружен отговор за всички"²⁵ се въвежда ново право, въведено с чл. 89 от Закона за модернизация на здравна система. Това е право на лицата с увреждане да поискат разработването на глобален план за подкрепа (PAG), ако решението, взето от CDAPH, не е достатъчно конкретизирано. Разработването на всеобхватен план за подкрепа може да бъде предложено от мултидисциплинарния екип на MDPH, който отговаря за оценката на положението и нуждите на лицето. Законът е следван и от Указ № 2017-137 от 7 февруари 2017 г. относно информацията, необходима за разработването на глобалните планове за подкрепа на хората с увреждания²⁶. Този устав дефинира информацията, която трябва да бъде предадена на MDPH от регионалните здравни агенции (ARS), държавните служби и местните власти, с оглед подготовката на планове за действие. Съобщаването на тази информация би трябвало да улесни работата на MDPH и да засили мисията им за координация на услугите към лицето.

²⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032983213&categorieLien=id>

²⁵ Мярката "Придружен отговор за всички" се изпълнява в следствие на заключенията от доклада "Нула без решение" от 2014г. Ангажиментът на териториите в тази мярка се осъществява по-специално от MDPH, окръжните съвети, регионалните здравни агенции и представителите на националното образование. Провеждането на подхода води до нови начини за работа между институционалните действащи лица, но най-вече с хората с увреждания и тяхното обкръжение.

²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/2/7/AFSA1626521D/jo>

1.2.2. Основни дефиниции

Увреждане (Handicap)

Това е правна дефиниция, определена съгласно чл. L114 от Кодекса за социални и семейни дейности е *"Всяко ограничаване на дейността или ограничаване на участието в обществото поради съществена, трайна или окончателна промяна на една или повече физически, сетивни, умствени, когнитивни или психически функции, водещи до множествени недъзи (увреждания), затруднения или инвалидизиращи здравословни разстройства"*

Инвалидност (Invalidité)

Инвалидността се определя от Кодекса на социалното осигуряване в чл. R 341-2 за целите на придобиване на пенсия за инвалидност като *"трайно увреждане, което в известна степен намалява способността на [осигуреното] лице да работи или да печели, т.е. го направи неспособен да получава при всеки вид работа заплата, по-висока от 1/3 от нормалното възнаграждение, получено в същия регион от работници от същата категория, в професията, която притежава преди датата на прекъсване на работата, последвана от увреждане или датата на медицинското обявяване за увреждане, ако то е резултат от преждевременно износване на тялото."*

Неспособност/Неработоспособност (Inaptitude)

Това е термин, определен от бранша на трудовата медицина и фигурира в Кодекса на труда, чл. L. 4624-4 като *"ситуация, при която не е възможна реорганизация, адаптация или преобразуване на работно място, а здравословното състояние на служителя оправдава промяна на работното място"*, както и в Кодекса на социалното осигуряване, чл. L 351-7 като осигурено лице, което *"не е в състояние да продължи работата си без сериозно увреждане на здравето му и което окончателно страда от медицинско доказана неработоспособност, взимаща предвид физическите и ментални способности за упражняване на професионална дейност."*

1.2.3. Права на хората със статут на увреждане

Статут работник с увреждане и задължение за наемане на работа

За да може лице с увреждане да се отнася към задължението за наемане на работа (OETH), трябва да бъде в едно от следните условия:

- Да бъде признат за работник с увреждания (RQTH) от Комисията за правата и автономността на хората с увреждания (CDAPH),
- Да бъде жертва на трудова злополука или професионална болест, довела до трайна нетрудоспособност в размер на най-малко 10% и получаване на анюитет
- Да получава пенсия за инвалидност, при условие че това увреждане намалява неговия работен капацитет най-малко с 2/3
- Да бъде бивш военен член и да получава военна пенсия за инвалидност
- Да бъде доброволен пожарник и да получава пенсия за инвалидност или анюитет за инвалидност в резултат на злополука или заболяване по време на служба

- Да притежава карта за инвалидна мобилност (CMI)
- Да получава обезщетение за хора с увреждания (AAH)

Статутът на работник с увреждания (RQTH)²⁷ позволява на лицето да се възползва както за намиране на работа, така и за оставане на работа. Статутът на работник с увреждания е признат от CDAPH права за професионална рехабилитация или интеграция, право на наемане на работа в обикновена или адаптирана среда, по-лесен достъп конкурси за държавна работа, адаптиране на работно време и работно място и право на специализирана подкрепа за търсене на работа, чрез службите на мрежата *Cap Emploi*. Лицата с увреждане, подаващи заявление за ААН автоматично минават на експертиза за работоспособността и освидетелстване за RQTH. Възможно е CDAPH да поиска допълнителен медицински преглед. Статута се издава за период от 1 до 5 години и може да бъде обновяван.

Статутът на работник с увреждане се определя в Кодекса на труда чл. L5213-1 и L5213-2-1, които признават качеството на работниците с увреждания. Финансовите помощи се определят от чл. L5213-10 до L5213-12.

Работа в нормална работна среда

Работодателят трябва да предложи работа, адаптирана към увреждането на служителя, независимо дали е новодошъл или съществуващ служител, който е придобил увреждане и желае да си запази длъжността или да се преквалифицира. Лекарят по трудова медицина може да предложи в писмен вид и след обмен със служителя и работодателя индивидуални мерки за оформяне, адаптиране или преобразуване на работното място или мерки за организацията на работното време, обосновани от съображения, свързани по-специално с възрастта или състоянието на физическото и психическото здраве на работника. Работодателят е длъжен да вземе под внимание тези предложения и в случай на отказ да се аргументира. В случай на трудност или несъгласие работодателят или служителят могат да се обърнат към инспектора по труда. Той информира другата страна. Инспекторът по труда взема решение след консултация с лекаря по трудова медицина.

Работниците с увреждане могат да сключат срочни или безсрочни трудови договори на пълно или непълно работно време. Заплатата на работник с увреждания се определя при същите условия, както при другите служители.

Работодателят може да уволни служител с увреждания, но увреждането не може да бъде използвано като причина за уволнение. В случай на уволнение, служителят с увреждания се ползва от определени предимства като продължителността на предизвестие за уволнение е двойно по-дълга от колкото при останалите служители (но не повече от три месеца, освен ако трудовото споразумение предвижда по-дълъг срок за предизвестие).

Правните текстове, свързани с осигуряване на заетост в нормална работна среда са предвидени в Кодекса на труда: чл. L4624-1: Ролята на лекаря по трудова медицина; чл. L5212-2 до L5212-5-1: Задължение за наемане на работници с увреждания; чл. L5213-1 и L5213-2-1: Статут на работник с увреждане; чл. L5213-3 до L5213-5 относно обучението на работници с увреждания; чл. L5213-6 до L5213-9 за условия за работа на хората с увреждания.

²⁷ RQTH - Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé / Признаване на качеството на работник с увреждания

Подкрепена заетост – задължения и права на работодатели

Законът от февр. 2005 увеличава вноските, плащани на *Agefiph* от дружества, които не са достигнали задължението за заетост от 6% до 600 пъти минималната работна заплата на час (SMIC, 9.88 евро) на база на работник с увреждания, който не е нает, и може да достигне 1500 пъти почасово SMIC за работник с увреждания, който не е нает при фирми, които не са предприели никакви действия в полза на наемането на работници с увреждания в рамките на три години (доп.: Кодекс на труда – законодателна част: чл. L5212-1 до L5212-17 и регулаторна част: R5212-1 до R5212-31).²⁸ Работодателите в частния сектор, подлежащи на задължение за наемане на работа на лица с увреждания, могат да получат финансова помощ в случай на назначаване на служител с увреждания и при определени условия. Тези помощи трябва да бъдат предписани от специализирани инвестиционни агенции²⁹. Финансирането на системата за подпомагане на заетостта се състои от подкрепа от Регионалната здравна агенция, от *Agefiph* и от *Fiphfp* (Конвенция за финансиране, чиито модел е подкрепен в постановление, обнародвано на декември 2017г.)³⁰

Работа в адаптирано предприятие

Адаптираните предприятия приемат работници с увреждания, които са ориентирани към пазара на труда от CDAPH. След ориентирането на CDAPH работника с увреждане може да бъде назначен в адаптирана фирма по предложение на *Pôle emploi* или на *Cap emploi*. Адаптираната фирма може да наеме лице с увреждане без да минава през тези две институции ако лицето отговаря на една от двете критерии: да излиза от структури на *Ésat* или да иска да смени дадена адаптирана фирма.

Заетост в адаптирана фирма се отнася и за лица с увреждания, ако са били без работа най-малко една година от датата на признаване като работник с увреждания и ако е изпълнена една от следните ситуации:

- Да излиза от институция или специализирана служба (по-специално медико-образователен институт),
- Да излиза или да е проследен от здравна институция (по-специално функционален център за рехабилитация),
- Да е проследен от служба за социално подпомагане (включително специализирана образователна и домашна помощна служба (*Sessad*),
- Да е преминал през фирма за професионална интеграция.

Адаптираното предприятие³¹ позволява на лицето с увреждане да упражнява професионална дейност в условия, адаптирани към неговите възможности. Приспособената компания работи като бизнес в обикновена среда, но нейната особеност е, че най-малко 80% от работната сила се състои от хора с увреждания. Останалите 20% могат да бъдат използвани за набиране на служители, които не са с увреждания. В замяна на това адаптивното предприятие може да получи субсидия и държавна помощ, изплащани от държавата за всеки работник с увреждания, който е нает на работа. Адаптираната фирма предлага на лицето с увреждане специфична подкрепа за реализацията на професионалния му проект. Центърът за надомна работа (CDTD) е вид адаптирана компания, чиято специфичност е да осигурява занаят или

²⁸ <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F1651>

²⁹ <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F15204>

³⁰ за повече информация: <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/article/emploi-et-handicap-le-dispositif-de-l-emploi-accompagne>

³¹ Списък на адаптирани предприятия: <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/entreprise-adaptee-247.html>

интелектуална работа в дома. Лицето с увреждане получава възнаграждение, което е поне равно на нетната минимална месечна заплата (т.е. € 1 170,69 за 2017-2018 г.)

Прилежащи разпоредби: Кодекса на труда: чл. L5213-13 до L5213-19 за функционирането на специализираните предприятия; Постановление³² от 24 март 2015 г. относно критериите за получаване на право на помощ за длъжността и за специфичната субсидия в рамките на назначаването на работници от адаптираните предприятия; Циркулярно писмо от 7 март 2006 г. относно адаптираните предприятия (EA) и центровете за надомна работа (CDTD)³³

Работа в институции и защитена заетост (Ésat)

Ésat е структура, която позволява на хората с увреждания да упражняват професионална дейност като се възползват от медицинска и социална подкрепа и образование в защитена среда. Тази структура приема хора, които не са придобили достатъчно автономия да работят в обикновена среда или в компания, адаптирана към техните нужди. Ésat разполага с подслон за настаняване на хора с увреждания извън работното си време при нужда. Условия за прием включват лицето да е над 20 години (или при специална препоръка на CDAPH за лица между 16 и 18 години), да има капацитет за работа, ненадвишаващ 1/3 от това на човек без увреждане, или да има капацитет над 1/3, но да има нужда от медицински, образователни, социални или психологически грижи. Процедурата представлява подаване на заявление към MDPH, според местожителство, медицинско свидетелство (със специални медицински приложения в случай на увреждане, свързано с нарушен слух или нарушено зрение). Решението на CDAPH да изпрати лицето в Ésat може да бъде съпроводено от изпитателен срок от 6 месеца, който може да достигне до 12 месеца по предложение на Директора на Ésat. Договор за заетост се сключва с лицето за една година с възможност за обновяване. Уволнение е забранено, но Директорът на Ésat може да реши да прекрати договора, ако поведението на лицето с увреждане сериозно застрашава неговото здраве или безопасност или това на другите хора около него. Заплащането варира от 5,5 до 10,9 евро на час в рамките на законовата 35 часова работна седмица. В случай на заболяване възнаграждението се запазва изцяло през периода, покрит от здравното осигуряване. Правото на отпуска на годишна база, считано от първия месец на работа е 2,5 работни дни/месец, като тя може да стигне до 33 дена.

Дейността се регулира от Кодекса за социални и семейни дейности: чл. L344-1 до L344-7: условия за придобиване на това право; чл. R243-1 до R243-4: ориентиране от CDAPH; чл. R243-5 до R243-10: възнаграждение; чл. R243-11 до R243-13: право на отпуски

Финансова обезпеченост за хора с увреждане

Помощта за хора с увреждане (AАН)³⁴ е източник на финансиране за осигуряване на минимален ресурс. Помощта се дава на ХУ, отговарящи на определени условия за процент на неспособност, възраст, ограничение до заетост и ресурси. Предоставя се с решение на CDAPH. Сумата допълва другите възможни ресурси на лицето с увреждане. Винаги когато се пуска заявление за отпускане или подновяване на ААН се активизира и процедурата за признаване на статута на работник с увреждания. Процентът на неспособност (TIP), определена от CDAPH след направена оценка на мултидисциплинарния екип посредством *Guide-Barème* и GEVA, трябва да бъде над 80%, или между 50 и 79% но при условие, че е признато значително (1) и устойчиво (2) ограничение на достъпа до заетост (RSDAE, определено с постановление от 16

³² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030439838>

³³ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_2857.pdf

³⁴ Allocation aux adultes handicapés - <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>

август 2011 г. и с циркулярно писмо от 27 октомври 2011 г.)³⁵ от CDAPH. Ограничението до заетост е *значително* когато бариерите не могат да бъдат компенсирани, по-специално чрез мерки за подобряване или адаптиране на работното място. Ограничението е устойчиво, ако е с предвидена продължителност от най-малко една година от подаването на заявлението за ААН.

Лицето с увреждане трябва да е над 20 години (или над 16 години при лица, който вече не се считат за зависими от родителите и от семейни обезщетения).

Доходите на бенефициента, включително на съпруга или съжителя му, не трябва да надвишават таваните на годишни доходи (декларирани за г-2, при 2018 се взимат ресурсите за 2016 г.) от 9 828 евро за сам човек или 19 656 евро за двойка (+ 4 850,76 за всяко дете в домакинството).³⁶

Размерът на ААН се намалява (диференциално), ако лицето с увреждания вече получава пенсия за инвалидност, пенсия за осигурителен стаж или пенсия за трудова злополука. Размерът на обезщетението се равнява на разликата между месечната осреднена стойност на неговите ресурси и основната сума на ААН. Размерът на обезщетението ААН също се намалява, когато бенефициентът получава приход от трудова дейност. През първите 6 месеца на платена работа, приходите от труд не се взимат предвид при размера на ААН, след което се взимат предвид само частта от приходите за подоходната група, която не надхвърля 30% от месечната доходност на SMIC (минимална браншова заплата).³⁷

Работник с увреждания, получаващ ААН може също така да получи премия за дейност (*RSA activité*), ако изпълни приложимите условия, и по-специално, не надхвърля определен таван на ресурсите. От 1 януари 2017 г. вече не е възможно да се комбинира ААН със специфичната помощ за солидарност (ASS³⁸, вид помощ за безработни, плащани от Бюрата по труда). Също така не е възможно да се натрупа пълната сума на *RSA socle*³⁹ (активен солидарен доход или бившето RMI - Минимален доход за живот, изплащана от CAF) с тази на ААН.

Помощта може да продължи от 1 до 5 години, като тя може да се обновява до 20 години (за ХУ с над 80% увреждане) или до 5 години за хора с увреждания м/у 50% и 79%. Плащането на ААН се прекратява когато се навърши пенсионна възраст и се заменя с пенсионния план за неработоспособност. Ако инвалидността е над 80% ААН може да бъде надбавка но е намалена.

ААН се плаща от CAF (*Caisse d'Allocations Familiales* или Фонд за семейни помощи). Сумите се определят от административни условия на CAF след оценка на CDAPH. Всяко тримесечие бенефициентът на ААН трябва да изпрати формуляр за декларация за ресурси в своя фонд за семейни помощи (на хартия или онлайн на страницата на CAF), така че да може да определи размера на помощта на който лицето има право.

Допълнителни ресурси могат да бъдат поискани като те са предназначени да компенсират дългосрочната липса на доход от заетост. Тази надбавка, заедно с максималната стойност на ААН се нарича "гаранция за ресурси" и е на стойност от 998,31 € /месец. Надбавката се определя при заявка на лицето ако то е на възраст под 60 години, има работоспособност по-малка от 5% (определена от CDAPH), не е получил професионален доход за една година назад, няма настояща професионална дейност и има постоянно жилище. Стойността на надбавката е

³⁵ Приложение 1 и 2: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/10/cir_33982.pdf

³⁶ Формула: Месечни ААН = (таван на годишните доходи - домакински доходи) / 12.

³⁷ <http://droit-finances.commentcamarche.com/faq/4843-aah-2018-montant-et-plafonds-de-ressources>

³⁸ <http://droit-finances.commentcamarche.com/faq/4470-allocation-de-solidarite-specifique-ass-montant-de-l-ass-2018>

³⁹ *RSA socle* е предназначен за хора, които нямат никаква дейност и нямат или нямат право на безработица или ASS. *RSA activité* е бонус за активност е изгодно обезщетение за доходите на служителите с ниски доходи и на самостоятелно заетите лица. <https://www.aide-sociale.fr/rsa-socle-dossier-calcul/>

до 179,31 евро и може да се отпуска за срок от 1 до 5 години, като този срок може да бъде удължен, ако няма вероятност увреждането да се подобри (консолидирано здравно състояние).

Надбавка за независим живот (MVA) може да бъде добавена към ААН. Не е нужно лицето да подава заявление, тя се получава автоматично от CAF или MSA (Фонд за селскостопанска солидарност) при положение, че всички условия са изпълнени. Тя позволява на хората с увреждания, живеещи в собствени жилища, да поемат съответни разходи за адаптирането им (например за стълбищен асансьор). Стойността ѝ е 104,77 евро/месец. Лицето трябва да отговаря всички условия по-долу:

- получаване на пълната стойност на ААН или частична стойност в допълнение към обезщетение за старост, или за инвалидност, или пенсионна злополука, или за получаване на допълнителна помощ за инвалидност,
- процент на неспособност от поне 80%,
- пребиваване в частно жилище,
- получаване на помощ за жилищно настаняване⁴⁰,
- без приходи от икономическа дейност.

Обезщетението за инвалидност (PCH)⁴¹ е финансова помощ с цел да се възстановят разходите, свързани със загуба на автономност. Това е персонализирана помощ, гъвкава според нуждите на лицето. Тя позволява да се поемат някои разходи, свързани с увреждането: адаптиране на жилището или превозното средство, наемане на помощно лице (до 886 евро/месец), специализирано оборудване, и финансови помощи за специфични и извънредни разходи. Условия за получаването ѝ са свързани със степента на автономност, възраст (под 60 години), ресурси и местоживее (да има постоянно местоживее). За да я получи лицето трябва да демонстрира абсолютна трудност (невъзможност) за извършване на дадена дейност (придвижване, общуване...) или сериозно затруднение за осъществяване на най-малко две дейности. Достъпът до това обезщетение не е свързан с доходите на лицето, но стойността на помощта за покриване на разходите за грижи имат зависи от доходите – 100% ако лицето получава под 26 579,92 € на година (За N-1), 80% ако получава над тази стойност. *Пример:* 80% от разходите за семеен помощник с таван 3,80 евро/час или 5,7 евро/час ако грижещият се трябва да напусне работа, за да поеме грижата за лицето с увреждане. Сумата за поемане на специални апарати зависи от това дали технологичното помощно средство е включено в списъка на продуктите и услугите, подлежащи на обезпечаване от структурите на социалното осигуряване (LPPR). Ако уредът фигурира в този списък помощта е между 80 и 100% в рамките на 3960 евро за период от 3 години. Ако не фигурира в този списък покритието е до 75%. Стойностите за адаптиране на жилище могат да стигнат до 10 хиляди евро за период от 10 години а субсидиите за адаптиране на превозно средство или използване на специализирано превозно средство могат да стигнат до 12 хиляди евро за период от 5 години. Помощи за покриващи 100% придобиване и грижи за специално обучени кучета-водачи се предоставят в рамките на 3000 евро за период от пет години.⁴²

Правни текстове, които се отнасят до ААН и допълнителните компенсации: Кодекс за социално осигуряване: законодателни чл. L821-1 à L821-8 и регулаторни чл. R821-1 à R821-9 за условия за отпускане; чл. D821-1 до D821-11 за определяне на процента на неспособност и стойността на надбавката; Кодекс за социални и семейни дейности: чл. R241-33 За процедури на искане на помощта и надбавката; приложения 2-4: скала и ръководство за оценка на нарушенията и

⁴⁰ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N20360>

⁴¹ Prestation de compensation du handicap. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

⁴² Повече подробности за точните видове услуги, проценти и субсидии за този вид разходи може да се намери на <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

затрудненията на хората с увреждания; Циркулярно писмо от 27 октомври 2011 г. относно разпределението на надбавката за възрастни с увреждания⁴³ - понятие за значително и трайно ограничаване на достъпа до работа. Допълнителни правни текстове, отнасящи се до компенсаторната услуга PCN: Кодекса за социални и семейни дейности: чл. L245-1 до L245-14 за условия за придобиване, R245-45 à R245-49 за условия за местожителство, R241-33 процедура, R245-45 à R245-49 за изчисление на ресурсите, и в Указ № 2017-708 от 2 май 2017 г. за изменение на референтната система за достъп до компенсаторната услуга; Наредба от 18 юли 2008 г. за определяне на ставките на елементите на компенсаторната услуга; Наредба от 27 юни 2006 г. за определяне на специалните условия, при които се удостоверява неотложността да се кандидатства за компенсация за увреждане; Определение от 28 декември 2005 г. за определяне на максималните суми, свързани с елементите на компенсаторната услуга; Указ от 28 декември 2005 г. за определяне на тарифите в случай на човешка помощ.

Право на ориентиране

Центърът за предварително ориентиране допринася за професионалното ориентиране на хората с увреждания, които изпитват трудности при навлизането в работната среда. Този център предлага стажове за усъвършенстване на професионалния план на лицето и за улесняване на професионалната интеграция. Лицето с увреждане има статут на стажант и се възползва от индивидуална подкрепа, предоставена от референтен обучител. Този обучител може да предложи сценарии в работни ателиета за оценка на капацитета на лицето с увреждане във връзка с планирания заедно с него професионален план. Всяко лице, което е придобило статут на работник с увреждане следствие на оценката на CDAPH може да се възползва от това право. Лицето подава по пощата препоръчано писмо-молба за приемане в такъв център към съответната MDPH, отговаряща на неговото местожителство. Стажът продължава най-много 12 седмици и е финансиран от държавата с изключение на разходите за храна на лицето и разходите за транспорт до центъра, които трябва да се покрият от лицето с увреждане. В края на стажа, центърът за предварителна ориентация изпраща професионален и медицински доклад на MDPH, както и на лицето, завършило стажа. В зависимост от резултатите, може да бъде предложена работа в обикновена работна среда, в защитена заетост (Estat), работа в адаптирана фирма, или по-нататъшно обучение (например в център за професионална рехабилитация).

Референтни правни текстове: Кодекса на труда – чл. R5213-1 до R5213-8 относно условия за приемане и Кодекса за социални и семейни дейности – чл. R146-30 за статут на стажант.

Право на професионално обучение

Работникът с увреждания може да постъпи като чирак и да сключи договор за придобиване на професионална квалификация (до четири години). Този договор се осъществява в предприятие и в учебен център. Условие е лицето да има статут на работник с увреждане. Той сам търси предприятие, което да приеме чиракуването му като може да поиска помощ за намиране на фирма от Асоциацията за управление на фонда за професионална интеграция на хората с увреждания (Agefiph) и *Cap emploi*. Работната заплата на чирака зависи от старшинството на неговата работа. За първа година чиракуване за хора над 21 г. заплата е 794,19 € и стига до 1 393,57 € при четвърта година чиракуване. При лица между 17 и 20 г. сумата е занижена с около 300 евро/месеца⁴⁴. В зависимост от увреждането може да е необходима корекция на

⁴³ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/10/cir_33982.pdf

⁴⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F219>

обучението (на ниво специфичен учебен материал, или на адаптиране на част от помещенията). Ако лицето не може да присъства на обучението поради неговото увреждане, може да му бъде позволено да следва от разстояние. Разрешението се издава след положително становище на CDAPH.

Правна рамка: Кодекса на труда – чл. R6222-46 до R6222-49-1 за продължителността на договора и чл. R6222-50 до R6222-53 относно адаптиране на обучението.

Право на професионална рехабилитация и преквалификация⁴⁵

Всяко лице с увреждания, което е станало неспособно да упражнява професията си поради увреждане, може да получи договор или стаж за професионална рехабилитация за свикване наново с професията си или за научаване на нов занаят.

Стажът за професионална рехабилитация цели връщането на работника в обикновена работна среда чрез придобиване на нови умения. Рехабилитацията продължава между 10 и 30 месеца и позволява адаптиране към нова професионална среда благодарение на периодите на адаптация в центровете за професионална рехабилитация. Това квалификационно обучение обикновено води до диплома, одобрена от държавата. Условие е лицето да е загубило възможността да упражнява професията си в следствие на болест или трудова злополука. Процедурата започва с подаване на заявление към MDPH. Възнаграждението варира в зависимост от ситуацията на лицето в момента при постъпване в стажа. Ако лицето е било заето то продължава да получава дневни надбавки, плащани от социалното осигуряване, които до известен праг могат да се натрупват с ААН и пенсия за инвалидност. Ако лицето е безработно се възползва от помощ за обучение за връщане на работа.

Договорът за професионална рехабилитация цели да върне обратно лицето в практиката на старата си работа чрез практическо и теоретично обучение. Продължителността му е между 3 месеца и 1 година. Договорът се сключва между основния здравноосигурителен фонд (CPAM), обичайния работодател и лицето с увреждане. За да може да се възползва от това право, лицето трябва да се свърже с лекаря по трудова медицина, който съобщава на съответната служба за професионална интеграция към CPAM. За да се определят условията на договора, се провежда обща среща с трудовия лекар, лицето с увреждане, работодателя и CPAM. След това условията на договора се представят на CDAPH за одобрение. През срока на договора лицето получава най-малко възнаграждението, предвидено в приложимия колективен трудов договор.

Правна рамка: Кодекс за социално осигуряване: чл. L432-6 до L432-11 относно договор и стаж за професионална рехабилитация; Кодекс на труда: чл. R5213-9 до R5213-14 относно процедура за прием в център за професионална рехабилитация и чл. член D1242-3 относно продължителност на периода на професионална преквалификация

Карта за приобщаваща мобилност

Допълнителна подкрепа и права включват издаване (подновяване) на CMI карта за приобщаваща мобилност⁴⁶ (бивша карта за инвалидност). Тази карта се дели на три подвида – CMI инвалид, CMI приоритет и CMI паркиране. Условия са:

- процентът на неспособност да е равен или по-голям от 80%, или

⁴⁵ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F212>

⁴⁶ Carte mobilité inclusion - <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34049>

- лицата, които са определени в 3-та категория за инвалидна пенсията на общественото осигуряване, определена от медицинския консултант на СРАМ, или
- класифицирани в група 1 или 2 от мрежата на AGGIR⁴⁷ (бенефициенти или кандидати за персонализирана надбавка за автономия, отнасяща се до възрастни хора).

Няма условия за възраст или доходи. Продължителността е или безсрочна или за определен период от 1 до 20 години. Картата се издава безплатно. Картата дава следните ползи - приоритет в местата за обществен транспорт за лицето с увреждане и придружаващото го лице, приоритет на местата за сядане в чакалните, включително за придружаващото ги лице; приоритет в опашки на обществени места; отстъпки, предлагани от някои превозвачи като SNCF (влак), RATP (метро), възможност за освобождаване от данък жилищно настаняване, данъчни облекчения, предимства на работник с увреждане.

Разпоредби, отнасящи се до придобиване на карта мобилност: Кодекс за социални и семейни дейности: чл. L241-3 за характеристики на картата, чл. R241-12 до R241-17 за приложение, процедура и решение; Постановление от 3 януари 2017 г. относно условията за оценка на намалената мобилност на пешеходците и загубата на автономия при индивидуалните пътувания; Указ от 28 декември 2016 г. за определяне на модела на картата за мобилност; Указ от 29 декември 2016 г. за определяне на модела на картата за паркиране за хора с увреждания

1.2.4. Допълнителни права при социално осигурени и заети лица

Инвалидност (Invalidité)

Инвалидността е въпрос на социално-осигурителното право, води до осигуряване на инвалидна пенсия и се определя от медицинския консултант на здравноосигурителния фонд, където лицето е осигурено (чл. L 341-4 на Кодекса за социално осигуряване). Пенсията за инвалидност се активизира само в контекста на професионалните дейности ако не е резултат на трудова злополука и зависи от продължителността на внасяне на социални и здравни осигуровки, както и отработени часове преди отпусък по болест за инвалидност⁴⁸.

При упражняване на платена работа контролът на правата за пенсия за инвалидност се извършва на всеки 3 месеца (чл. R341-14 до R341-21 и чл. R341-17). Оценката за загуба на 2/3 работоспособност/възможност за доходи/ се извършва когато има консолидиране на нараняването/болестта следствие на не-трудова злополука в края на обезщетенията за болест и хоспитализация, след стабилизиране, или по време на признаване на увреждането, когато то е резултат от преждевременно износване на тялото (член L 341-3 от Кодекса за социално осигуряване). В този случай няма официална скала за оценка⁴⁹. Медицинските съветници на социално-осигурителните фондове, към които осигуреното лице принадлежи, съчетават основните параметри на здравословното състояние, което често е многофакторно, възрастта и способността на човека да се обучава. При липсата на обща референтна система съществува голямо разнообразие от оценки и скали, различни в зависимост от това дали лицето е част от общественото здравно-осигуряване или от частен застраховател. Също така оценката,

⁴⁷ Autonomie gérontologique groupes iso-ressources е инструмент за оценка на степента на автономност или загуба на автономия на възрастните хора във Франция, независимо дали живеят в институции или у дома.

⁴⁸ Лицето трябва да се е осигурявало за труд поне 12 месеца от датата, на която е установено прекъсване на работа следствие на болест; трябва да се докаже, че лицето е работило най-малко 600 часа през последните 12 календарни месеца или 365 дни преди прекратяването на работата или преди откриването на инвалидността, или че е допринесъл за заплата най-малко 2 030 пъти сумата на SMIC през 12 календарни месеца, предхождащи спирането на работата или откриването на инвалидността

⁴⁹ La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente (2017)

определяща процента на инвалидност, правена от медицинския съветник на застрахователя е сравнително субективна.⁵⁰

Състоянието на инвалидност се предхожда от периоди на отпуск поради дългосрочни заболявания (*Affections de Longue Durée* – ALD съгласно списък с тези заболявания, който включва и рак). Състояние на нетрудоспособност в случай на ALD се достига след:

- Максимум от 3 години, през които лицето е получавало дневно обезщетение поради болест без прекъсване (максималната продължителност на продължителното спиране на работа е 3 години). Периодите на терапевтично работно време се отчитат при изчисляването на тези 3 години (Има разграничение при плащане на дневни обезщетения поради болест, която не е ADL. В тези случаи максималното продължение на едно или повече прекъсвания на работата е 360 дни за 3 години.)
- или преди края на 3-годишния период, ако се забелязва стабилизиране (или консолидация) на здравословното състояние на служителя (т.е. когато в близко бъдеще няма да има подобрене или влошаване).

Решението се взема от медицинския съветник/консултант на здравно-осигурителния фонд след като разгледа всички медицински елементи (медицински преглед и резултати от стандартните медицински изследвания и скенери, кръвни тестове, писма от медицински специалисти, др.) Медицинският съветник решава дали има или не увреждане и ако е така, каква категория увреждания.

Видове увреждане за определяне на статут инвалидност

Три категории, всяка от която определя дадена стойност на пенсия за инвалидност. Пенсията е заместващ доход, който компенсира загубата на заплата или доходи от труд в резултат на загубата на работоспособност поради заболяване или извън-работно увреждане.

- първа категория: когато здравословното състояние на пациента му позволява да продължи да работи.
- втора категория: когато здравословното състояние на пациента не му позволява да продължи да работи.
- трета категория: когато здравословното състояние на пациента не му позволява да продължи да работи и освен това има нужда от външно лице, което да го подпомага в ежедневието.

Признаването на процента на инвалидност се извършва от съответния здравноосигурителен фонд СРАМ (всеки от които разполага с медицински съветник), както и от съответната пенсионна каса. В зависимост от развитието на състоянието на инвалидност на съответното лице, фондът може да поиска преразглеждане, спиране за определен период или премахване на статута на инвалидност на лицето.

Дори и с припозната инвалидност от 2-ра и 3-та категория, лицето не става автоматично нетрудоспособно за работа. Трудовият лекар трябва да потвърди това следвайки точно определена процедура за неработоспособност. Дори с 2-ра и 3-та категория инвалидност трудовия лекар може да прецени, че лицето може да работи при определени условия, описани от него в неговото становище/оценка (*виж по-долу*). Лицето може да остане на платена или неплатена работа, на пълно или непълно работно време. При връщане към платена работа пенсията може да намалее или да се отмени.

⁵⁰ Скалите за оценка на здравноосигурителните каси не са публично достъпни

Придобивки на статут инвалид

- 100% покритие на разходите за лечение на някои ALD в зависимост от това какво покритие има съответната застраховка. За всяка болест трябва да бъдат изпълнени много специфични критерии. Личният лекар трябва да установи с лицето медицинско досие, в което подробно се описват здравословните проблеми, с които се сблъсква то, което да оправдае периодичната и особено скъпа грижа⁵¹.
- пенсия за инвалидност

Изчисление на пенсията за инвалидност

Пенсията се изчислява на базата на средна годишна заплата, получена от най-добрите 10-години на трудово осигуряване на лицето (заплати, подлежащи на вноски в рамките на годишния таван на социалното осигуряване, т.е. € 3,311.00 на месец за 2018 г.).

Таблица 1: Стойност на пенсията за инвалидност поред категорията инвалидност

Категория инвалидност	Процент от средната годишна заплата	Минимална месечна сума	Максимална месечна сума
1-ва	30%	282,77 €	993,30 €
2-ра	50%	282,77 €	1 655,50 €
3-та	50% +40% добавка за външно лице-помощник	1 390,27 €	2 763,00 €

Допълнителна помощ за инвалидност може да допълва пенсията за инвалидност или пенсия за вдовец-инвалид. Условия са доходите на лицето да са под 704,81 € ако живее сам, в който случай получава максимум 405,38 €/месец допълнение, или да получава под 1 234,53 € ако живее в двойка, при което може да получава 668,93 €/месец, ако и двамата съпрузи се възползват от пенсията. Размерът на пенсията може да бъде увеличен или намален, ако се промени здравословното състояние на човека или ако се върне на работа. При увеличение на доходите на лицето (например, възобновяване на професионална дейност), пенсията се преустановява в случай, че дохода надхвърля за 2 последователни тримесечия размера на средната месечна заплата, платена през годината, предхождаща спирането на работа, поради инвалидност. СРАР може да реши да изплати част от пенсията. При упражняване на платена работа/дейност контролът на правата за пенсия за инвалидност се извършва на всеки 3 месеца.⁵²

Като се изключи надбавката за помощник пенсията за инвалидност може да бъде предмет на:

- данък върху доходите,
- социални вноски (CSG и CRDS),
- и допълнителен принос към солидарността за автономия (*Casa*).

Пенсията може да се комбинира с други приходи, помощи, пенсии или анюитети като:

⁵¹ <http://www.66millionsdimpatients.org/le-cout-de-votre-sante-4/prise-en-charge-a-100-ald-cmu-c-ame-pourquoi-pour-qui/>

⁵² Code de la sécurité sociale : articles R341-14 à R341-21 – чл. R341-17

- Трудови доходи ако не надвишава средния доход преди установяването на инвалидност за 6 последователни месеца;
- Анюитет, свързан с трудова злополука е възможно в случай на злополука или заболяване, което не е компенсирано от касата, която плаща анюитета, и което заболяване води до обща неработоспособност от поне 2/3. Кумулативният размер на пенсията за инвалидност и анюитета не трябва да надвишават заплата, получена от здрав работник от същата социално-професионална категория;
- Пенсия за инвалидност от 2-ра и 3-та категория може да се комбинира изцяло с ARE (обезщетение за връщане на работа) ако ARE е изчислена, взимайки предвид инвалидната пенсия. В противен случай се прави корекция;
- Военна пенсия за инвалидност в случай на злополука или заболяване;
- Пенсии за инвалидност в селското стопанство в случай, че получената неработоспособност не е свързана с тази, която дава право на инвалидната пенсия
- Пенсия за инвалидност, плащана по специална схема в случай на инвалидност с различен произход от този, за който лицето получава инвалидна пенсия;
- Пенсията за инвалидност, изплащана от пенсионна схема
- Пенсия за осигурителен стаж: пенсията за инвалидност се заменя от нормална пенсия за осигурителен стаж когато се достигне до законната пенсионна възраст. Ако лицето продължава да работи когато достигне законоустановената възраст за пенсиониране, то продължава да получава пенсия за инвалидност, докато не кандидатства за пенсия за осигурителен стаж. Лицето може да продължи да получава инвалидна пенсия до 6 месеца след достигане на законната пенсионна възраст, ако е безработно до навършване на законната възраст за пенсиониране и ако е имало професионална дейност поне 6 месеца преди тази възраст.

В обобщение, кодексът за социално осигуряване определя: чл. L341-1, R341-2 и R341-3 - Условия за инвалидност/трудоспособност; чл. L341-5, L341-6, R341-4 до R341-7 – стойност на инвалидната пенсия; чл. L341-7 до L341-9 и R341-8 до R341-13 – процедура за придобиване; чл. L341-15 до L341-16 чл. D341-1 – възраст за пенсиониране; чл. R313-1 до R313-17 – Условия за принадлежност към социално осигуряване; чл. L371-4 : Натрупване с анюитет, свързан с трудова злополука; чл. L371-7: Натрупване с военна пенсия за инвалидност; чл. R341-17 - Натрупване със заплата; чл. R172-4 - Натрупване с пенсия за инвалидност в селското стопанство; Инструкция от *Pôle emploi* (Агенция по заетостта) n°2012-53 от 12 март 2012 относно условията за комбиниране на пенсия за инвалидност с обезщетения за безработица - Натрупване с обезщетения за безработица.

Неработоспособност

Предвидена в Кодекса на труда, има последствия от гледна точка на трудоустрояване или при тази невъзможност, уволнение за неработоспособност. Установяването на неработоспособност няма класове/степени. Трудовият лекар или удостоверява работоспособност или неработоспособност. Той обаче може да препоръча промени в длъжността и в случай на неработоспособност трябва да се търси прекласификация/трудоустрояване.

Процедура: Преди да издаде уведомление за неработоспособност, лекарят по трудова медицина трябва да спазва следните стъпки:

- извършване на поне един медицински преглед, който да позволи да се обсъдят мерките за адаптиране на длъжността, необходимостта за промяна на позицията и да

се коментират становищата и предложенията, които професионалният лекар планира да изпрати до работодателя,

- проучване на работното положение на лицето,
- проучване на условията на труд в предприятието,
- обсъждане с работодателя становищата и предложенията, които възнамерява да даде.

Професионалният лекар може да изиска допълнителни изследвания. Той може също да поиска да извърши втори медицински преглед най-късно 15 дни след първия. В края на тези стъпки лекарят по трудова медицина може да обяви лицето за непригодно за извършване на определената длъжност, ако открие че не е възможно адаптиране или преобразуване на заеманото работно място; и, че здравословното състояние на лицето оправдава промяната на длъжността. Ако лекарят по трудова медицина обяви лицето за неспособно да заема длъжността си, той трябва да напише удостоверение за неработоспособност (*avis d'inaptitude*) и да го даде на работника и на служителя. Съобщението за неспособност съдържа писмени заключения и указания относно прекласифицирането на служителя. Лекарят по трудова медицина може да посочи в удостоверението:

- че всякакво продължение на работа би била сериозно вредно за здравето,
- или че здравословното състояние на лицето пречи на каквото и де трудоустрояване

Работодателят трябва да вземе предвид становището и указанията или предложенията на лекаря по трудова медицина. Ако откаже, трябва да обоснове пред лицето и професионалния лекар в писмен вид причините за това противопоставяне.

Лицето (или работодателят) може да оспори решението на професионалния лекар пред индустриалния трибунал в рамките на 15 дни след уведомяването за неработоспособност. Индустриалният трибунал може да се консултира с медицинския инспектор по труда за да реши спора. При издадено удостоверение за неработоспособност работодателят трябва да предложи друга работа, съобразена със способностите на лицето. Работодателят е освободен от това задължение (за позиция за преквалификация) ако в удостоверението за неспособност се посочва:

- че задържането на работа би било сериозно вредно за здравето на лицето,
- или че здравословното състояние на лицето е противопоказно за каквато и да е прекласификация в съответната работната среда.

Ако работодателят не е в състояние да предложи друга (адаптирана) работа, той трябва да информира писмено лицето за причините за невъзможна прекласификация. Също така лицето може да откаже предложената нова работа. За работодателя не е наложен минимален или максимален законоустановен срок, за да изпълни задължението си за преустройство.

При липса на преустройство или прекратяване на договора след едномесечен период, работодателят трябва да плаща заплатата, съответстваща на работата, която лицето е заемало преди настъпването на неработоспособността. Плащането продължава до трудоустрояването или прекратяването на договора.

Лицето може да бъде уволнено поради неспособност (да бъде прекратен трудовия договор), ако е изпълнено едно от следните условия:

- отказ от предложението на работодателя за трудоустрояване,
- работодателят оправдава невъзможността да предложи работа,
- удостоверението за неработоспособност гласи, че продължително наемане на работа би било сериозно вредно за здравето,
- удостоверението за неработоспособност се посочва, че здравословното състояние на лицето изключва всякакво трудоустрояване

При прекратяване на трудовия договор лицето се ориентира към структурите за подпомагане и грижата на работещите с увреждания, по-специално на регионалните ведомства за хора с увреждания (MDPH). Не съществува пряка връзка между инвалидността, издадена от медицинския консултант и неработоспособността към дадено работно място, издадено от професионалния лекар. Статута за инвалидност не нарушава трудовия договор между служителя и неговия работодател. Ситуациите след това решение на фонда са променливи.

Правна рамка: Законодателна част: Чл. L4624-1 до L4624-10 - Признаване на неработоспособността; Чл. L1226-2 à L1226-4-3 - Задължение за пре-класификация, прекратяване на трудов договор; Регулаторна част: Чл. R4624-42 до R4624-44 - Признаване на неработоспособността, Чл. R4624-45 до R4624-45-2 – Оспорване на решението.

а. Други документи

- Ръководство за вземане на решения за определяне и изчисляване на РСН за жилищна помощ, CNSA, 2010 г.
- Ръководство за допустимост за РСН - Подкрепа за оценка на функционалния капацитет, CNSA, 2011 г. (техническо досие)
- Ръководство за приемливост за решения, взети в MDPH, CNSA, 2013 г. (техническо досие)
- Достъп до помощни средства: Елемент 2 от компенсацията за увреждане. Ръководство за подкрепа на практиките на MDPH, 2017 г. (техническо досие)

2. Институционална система за извършване на ЕР на хора с увреждания

2.1. Окръжни ведомства за хора с увреждания

Обща информация

Създадени със Закон № 2005-102, Окръжните ведомства за хора с увреждане (MDPH) осъществяват във всеки департамент (общо 102 териториални поделения) услуги за ХУ “на едно гише” - за приемане, информация, съпровождане и съвет на хора с увреждания и техните близки. Те предоставят информация за права за увреждане и повишават информираността на всички граждани относно уврежданията. В този смисъл, хората с увреждания и техните близки могат да разполагат с цялата информация за правата си и да подават заявленията за обезщетения, които са предназначени за тях (компенсация за увреждане, помощ за обучение на деца с увреждания, карта за мобилност и т.н.). В рамките на тези ведомства Комисия за правата и автономност на хората с увреждания (CDAPH) взема решения относно всички права на хората с увреждания въз основа на оценка, направена от мултидисциплинарен екип и предложения от тях план за компенсация.⁵³

⁵³ <http://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maison-departementale-du-handicap/article/maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph>

Статут

MDPH са обединения от обществен интерес, създадени за неопределен период от време, за които съответния окръг отговаря за административния и финансов надзор

Структура

Пълноправни членове на това обединение са държавните и местните здравноосигурителни организации (CPAM) и органите за семейни надбавки (CAF) от общата схема за социално осигуряване. Допълнителни членове са представители на управленски органи и институции за услуги за хора с увреждания, и други юридически лица, участващи във финансирането на ведомствения фонд за обезщетения, предвидени в член L. 146-5 от Кодекса за социални и семейни дейности: Окръжния съвет, Дирекция "Социално сближаване", Регионална дирекция за "Младежта, спорта и социалното сближаване", Регионалните здравни агенции (ARS), Регионална дирекция за предприятия, конкуренцията, потребителите, труда и заетостта (Direccte), Селскостопанските социално-осигурителни фондове (MSA), Agefiph и академична инспекция. MDPH се управлява от изпълнителен съвет (CE), председателстван от председателя на съответния Окръжен съвет. Половината от представителите на изпълнителния съвет са представители на окръжния съвет, една четвърт са представители на организации с увреждания, а оставащата една трета включва трима представители на държавата, представители на местните здравноосигурителни органи и органи за семейни надбавки, и според случая, представители на доброволни организации-членки, директора на регионалната здравна агенция или негов представител. Организацията на работа варира според окръжното ведомство, но в повечето случаи се обособява в три дирекции: обща администрация, управление на права, оценка.⁵⁴

Две основни групи дейности изпълняват окръжните ведомства. Това са:

- *Прием, ориентиране и регистриране на заявления*

MDPH информира и придружава хората с увреждания и техните семейства, веднага след като се прояви дадено увреждане, както и по време на неговата еволюция; Ведомството предоставя на лицата с увреждания и техните семейства безплатен телефонен номер за за спешни случаи. Също така периодично разпространява информационни брошури за правата на хората с увреждания и за борбата срещу насилието и злоупотребата. В рамките на MDPH според местожителството на лицето с увреждане се подават заявления за обезщетения и помощ за лица с увреждания, попадащи в компетенциите на Комисията за правата и автономията на хората с увреждания (CDAPH) които са: заявление за компенсация за увреждане (PCH), искане за признаване на статута на работник с увреждания, молба за финансова помощ за образование на дете с увреждания, молба за ААН, искане за образование и/или обучение с или без подкрепа от медико-социална служба, молба за издаване на карти за мобилност, заявление за безплатно присъединяване на семейното лице към пенсионното осигуряване и др.

- *Координация на работата на различни заинтересовани страни*

MDPH създава условия и организира работата на мултидисциплинарния екип, който отговаря за оценката на работоспособност и нуждите от обезщетения на лицата с увреждания въз основа на житейския им проект и предлага персонализиран план за обезщетение за

⁵⁴ примери на организацията на работа в MDPH: http://www.mdpsh.puy-de-dome.fr/fileadmin/user_upload/Organigramme.pdf; http://www.mdpsh35.fr/sites/default/files/asset/document/organigramme_2016.pdf; <https://mdph.hautes-alpes.fr/sites/mdph.hautes-alpes.fr/files/page/66/organigrammemdpsh.pdf>; http://www.mdpsh37.fr/fichiers/MDPH/Organigramme_MDPH_mars_2017.pdf;

инвалидност. Референт за професионална интеграция също е определен в рамките на всеки MDPH. Той отговаря за взаимоотношенията на департамента с *Direccte* за всички въпроси, свързани с професионалната интеграция на хората с увреждания. В интерес на по-голямата ефективност и съгласуваност на интервенциите някои MDPH са сформирани цели центрове, посветени на професионалната интеграция и ориентация, като най-често обединяват в допълнение към референта за професионална интеграция лекар, психолог от AFPA, представител на *Pôle emploi*, *Cap emploi* и *Agefiph*.

Процедура

Стъпките за придобиване на права на хора с увреждане могат да се обобщят както следва:

- 1) Лицето с увреждане попълва заявление - формуляр⁵⁵ на MDPH, с помощта на личен лекар или специалист. Служителите на MDPH са на разположение на хората с увреждания или на техните представители, за да им помогнат в заявленията. Формулярът съдържа административна и медицинска информация. Всички заявления, трябва да бъдат придружени от скорошно (до 3 месеца преди подаване) медицинско свидетелство⁵⁶
- 2) Попълненият формуляр се завежда в MDPH или в CCAS (Комунален център за социални действия, към кметството).
- 3) Мултидисциплинарния екип разглежда подадените заявления и изгражда персонализиран план за компенсации, който представя на CDAPH.
- 4) CDAPH разглежда случая на лицето с увреждане и взема всички решения относно помощта и обезщетенията. Ако в рамките на 4 месеца няма произнасяне от Комисията заявлението се счита за отхвърлено.

Вътрешни органи

2.1.1. Мултидисциплинарен екип за оценка

Мисия: Мисията на мултидисциплинарния екип за оценка (ЕРЕ) е да извърши цялостна оценка на нуждите на лицето с увреждане и да предложи личен план за компенсации. Най-голям брой решения, които членовете на ЕРЕ трябва да направят, се отнасят до оценката на процента на неспособност (медицинска оценка).

Функциониране: Мултидисциплинарният екип разглежда подадените заявления и изгражда персонализиран план за компенсации, който изпраща на лицето. Персонализираният план съдържа процента на неспособност на лицето (1) и предложения (2) относно придобивки, услуги, ориентиране, препоръки или съвети, които да отговорят на много различни нужди (помощ, адаптиране на жилище, образование, професионална интеграция, др.) PPC позволява да се дискутира с лицето или неговия антураж, преди оценката и плана да бъде представен за решение на CDAPH.

Персонализираният план се изготвя след диалог с лицето с увреждания. ЕРЕ може да посети лицето по собствена инициатива или по искане на лицето. Заявителят има срок от 15 дни, за да формулира становище по предложенията и евентуално да изпрати коментари, които ще бъдат представени на CDAPH. Заявителят може да поиска да обясни коментарите си на комисията, която решава дали да го изслуша или не. ЕРЕ може да се среща от ежеседмично до два пъти в

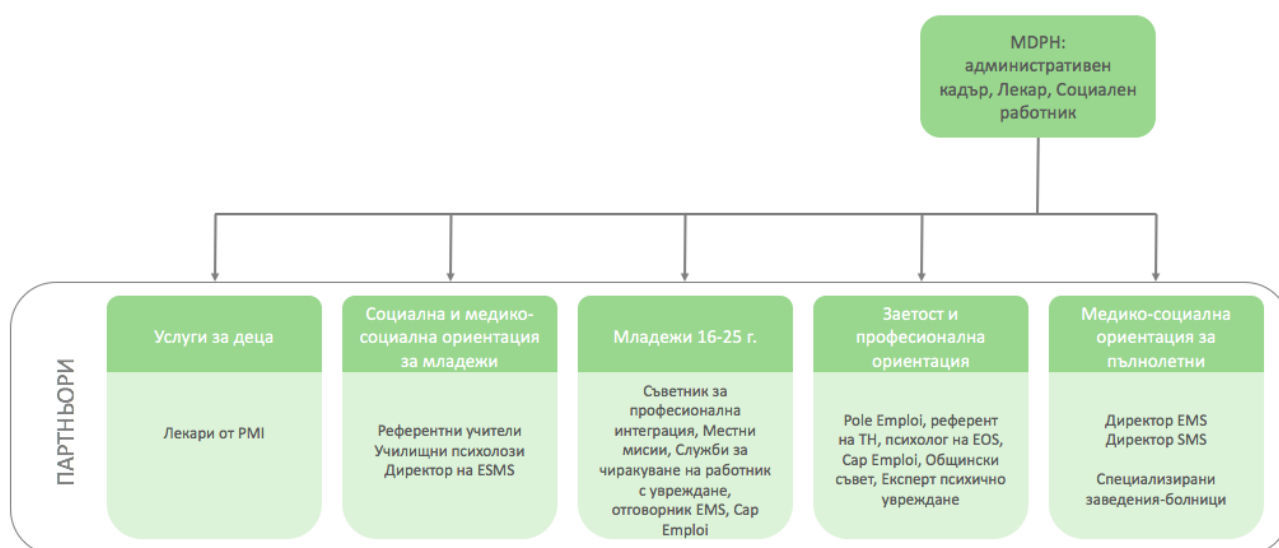
⁵⁵ Формулярът за кандидатстване до MDPH е публикуван в Официален вестник от 11 май 2017 г. В приложение

⁵⁶ Моделът на медицинско свидетелство е променен на 5 май 2017 г. Новият модел на медицинско свидетелство включва "основен" сертификат и два допълнителни специфични компонента, отнасящи се до измененията в слуховите или визуалните функции. Има и нова обяснителна бележка към него в приложение.

месеца в зависимост от обема на подадените заявления като може да оцени средно по двадесет случая на среща. Няма формализирана процедура или период на работа, но на разположение на MDPH са редица наръчници и досиета за работа на екипите, изготвени от CNSA (Реф. други документи). Оценката трябва да е готова до 4 месеца от получаване на заявлението. Наръчникът GEVA и *Guide-barème* са двата основни инструмент за изготвяне на оценка и персонален план.

Състав: Мултидисциплинарният екип е на разположение на хората с увреждания и техните близки. Той е съставен от професионалисти с различни и допълващи се умения. Членовете на ЕРЕ са в по-голямата си част служители на MDPH.⁵⁷ Съставът на мултидисциплинарния екип може да варира в зависимост от естеството на увреждането на лицето, чиито процент на неспособност и обезщетения се определят. В някои случаи МЕ може да се обърне към външни експерти⁵⁸, по собствена инициатива или по искане на лицето с увреждане. От страна на MDPH присъстват административен мениджър- фасилитатор, лекари и социални работници, и според нуждите, професионални терапевти или медицински сестри. Канят се експерти от партньорски организации като лекари по майчино и бебешка защита, училищни психолози, референтни учители, професионални консултанти по интеграция, експерти за социална и професионална интеграция от *Cap Emploi, Pôle Emploi*, психолози от специализирания ориентиращ екип на бюрата по труда (*Pôle Emploi*), и мениджъри на институции и медико-социални услуги. Членовете на мултидисциплинарния екип се назначават от директора на MDPH, който назначава координатор измежду членовете си, за да осигури организацията и работата на екипа. Ролята на координатора важна предвид степента на отговорност на екипите. В повечето случаи това е лекар защото ЕРЕ трябва да определи процента на неспособност. Директорът на MDPH има власт да избира и определя или дори да назначава членове на мултидисциплинарни екипи. Този избор влияе на ориентацията, която тези екипи ще предприемат.

Фигура 1: Състав на Мултидисциплинарния Екип



Пример: Съставът на мултидисциплинарния екип на MDPH на окръг *Charente Maritime* за 2010 г. е 6 лекари, един психолог, един професионален терапевт, две медицински сестри, училищен

⁵⁷ <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page333.htm>

⁵⁸ Décret 2005-1587 du 19 décembre 2005 (relatif à la MDPH) - Article R. 146-27 и закон 2005 - Art 64 - L146-8

социален работник, двама референтни обучители от институции, референтен учител, и референтен инструктор за професионална интеграция/рехабилитация.

2.1.2. Комисия за правата и автономността на хората с увреждания

В рамките на всяка окръжно ведомство за хора с увреждане (MDPH) се сформира Комисия за правата и автономността на хората с увреждания (CDAPH)⁵⁹, която взема всички решения относно правата на хората с увреждания въз основа на направената от ЕРЕ оценка и предложения от тях план за компенсация. Тази комисия отговаря по-специално за признаване на процента на неспособност на лицето с увреждания, присъждането на обезщетение, признаването на статута на работник с увреждания, вземането на решения за мерки за улесняване на училищната интеграция и т.н. Решението на комисията може да бъде обжалвано.

Състав⁶⁰:

Комисията е съставена от представители на Генералния окръжен съвет (*Conseil Général*), Службите и държавни институции (ARS, Академия и др.), Агенции за социална защита (CAF, CRAM и т.н.), Профсъюзи, Сдружения на родители, студенти и представителни организации на лица с увреждания и техните семейства, както и на един член на Консултативния съвет на Окръжните ведомства за хора с увреждания⁶¹.

CDAPH е независима при избора и решенията си, а MDPH приема роля на неин секретариат. Представители на институции или органи за управление на услуги имат консултативен характер в Комисията. Председателят на комисията се назначава на всеки две години от членовете на комисията.

Областта на действие на CDAPH е много широка, като тази комисия е особено компетентна за:

- Вземане на решения относно ориентацията на лицата с увреждания и мерките за осигуряване на професионалната и социална интеграция. Когато се предвижда жилищно настаняване, комисията определя структури, които могат да настанят лицето с увреждания. Във всички тези случаи тя трябва да предложи на заинтересованото лице (или на неговия законен представител) избор между няколко адаптирани решения;
- Определяне на заведения или служби, допринасящи за рехабилитацията, прекласификацията, или поемането на възрастен с увреждания;
- Признаване на процента на неспособност на лицата с увреждания, необходимостта от компенсация и способността за работа. Тези елементи дават определени обезщетения или права: комисията ще вземе решение за разпределението на надбавката за възрастни с увреждания (AAH) и за надбавките към нея, компенсацията за увреждане (PCH) карта за мобилност (CMI), надбавка за образование за деца с увреждания (AEEH) и др.
- Признаване на статута на работник с увреждания на лица, отговарящи на условията, определени в член L. 5213-2 от Кодекса на труда и решават за прилагането на схеми за подкрепена заетост.

Обхватът на решенията, попадащи в приложното поле на Комисията, е изложен в член L. 241-6 от Кодекса за социални и семейни дейности.

⁵⁹ <https://translate.google.bg/translate?hl=bg&sl=fr&tl=bg&u=http%3A%2F%2Fhandicap.gouv.fr%2Fles-aides-et-les-prestations%2Fmaison-departementale-du-handicap%2Farticle%2Fla-commission-des-droits-et-de-l-autonomie-des-personnes-handicapees&sandbox=1>

⁶⁰чл. R241-24 от Кодекса за социални и семейни дейности:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000022069534>

⁶¹ R. 241-24 от Кодекса за социални и семейни дейности (CASF).

Заседаване:

Комисията заседава пленарно и може да образува секции. При заседание на секции, те трябва да включват сред своите членове една трета от представителите на хората с увреждания и техните семейства. Решенията на комисията се вземат след гласуване на членовете или секциите при 50% кворум. В противен случай ако не може да се постигне кворум до 15 дена след сформиране тя заседава без достигане на кворум с обикновено мнозинство. В случай на равенство председателя има решаващия глас. Когато решението се отнася до разпределението на компенсаторното обезщетение за увреждане (PCH), мнозинството от гласовете се държи от представителите на ведомствения съвет (напр. "Генерален съвет") в съответствие с условията, посочени в член R. 241-27 CASF. В някои случаи ако няма възражение на лицето с увреждане Комисията може да приложи опростена процедура на заседаване и решение. В този случай задължително членовете на комисията са съставени от една трета от представителите на лицата с увреждания и техните семейства, определени от представителните сдружения.

На заседание на CDAPH могат да обсъждат и да се произнесат до 140 случая. Заседанията биват опростени (за подновявания или при несложни искания), месечни (за първични заявления и комплексни случаи) и пленарни (два пъти годишно, без да се изследват отделни досиета).

Лицето с увреждания (или неговият законен представител) се информират най-малко две седмици предварително за датата и мястото на заседанието, на което CDAPH ще вземе решение, отнасящо се до неговите права, както и за възможността той да бъде подпомогнат за присъствие или представляван на заседанието.

Решенията на CDAPH се вземат на базата на оценката, извършена от мултидисциплинарен екип, желанията, изразени от лицето с увреждания или неговия законен представител в неговия проект за живот и предложения план за компенсация. Решенията на комисията са мотивирани. Те се вземат от името на MDPH. Срокът им на валидност не може да бъде по-малък от една година, нито да надвишава пет години, освен ако не е предвидено друго в закон или в наредба. Решението на CDAPH се съобщава от председателя на тази комисия на лицето с увреждания или неговия законен представител, както и на съответните организации от плана за компенсации за последващи действия.

Капацитет на MDPH⁶²:

През 2016 г. оперативните разходи, свързани с функционирането на 102 MDPH, възлизат на 212 млн. евро като 65% от разходите са за вътрешен персонал и 11% за външни партньори (Direccte, DDCSPP, национална образователна система, окръзи, др.) Близо 96% от приходите на MDPH произлизат от трите основни партньора: държавната хазна за 35%, CNSA за 34% и окръзите за 26%. Общият средносписъчен състав на персонала на всички 102 окръжни ведомства възлиза на 5294 еквивалент на пълно работно време. Мисиите за приемане, обучение и оценяване и разработване на персонални планове представляват "основната дейност" на MDPH и съответно заемат 72% от персонала. Състава на MDPH включва⁶³:

- Персонал, предоставен безплатно: почти целия персонал, нает от държавата и част от персонала, нает от Общинските съвети;

⁶² Доклад за дейността на MDPH за 2016г.: [DOSSIER TECHNIQUE: 2016, nouvelle étape de la modernisation des MDPH: Synthèse des rapports d'activité 2016 des maisons départementales des personnes handicapées](#)

⁶³ <https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-DT-mdph-web-3.pdf>

- персонал, нает директно от MDPH;
- персонал, предоставен срещу възстановяване на разходите (префактуриран): останалата част от персонала, нает от генералните общински съвети и по-голямата част от персонала, предоставен от структури, различни от държавата (CRAM, CAF, MSA, др.).

Допълнителни нормативни връзки, отнасящи се до EPE и CDAPH: Създаване на мултидисциплинарния екип Комисия за правата и автономността на хората с увреждания: закон № 2005-102, чл.64; Чл. L.146-8 от Кодекса за социални и семейни дейности: "Мултидисциплинарният екип оценява нуждите от обезщетения на лицата с увреждания и трайното им увреждане въз основа на проекта за живот и референциите, определени в регламента, и предлага персонализиран план за обезщетение за увреждане (...) "; Състав и работа на EPE: Указ 2005-1587 от 19 декември 2005 (отнасящ се за MDPH) – чл. R146-27; Състав и работа на CDAPH: Указ № 2005-1589 от 19 декември 2005 г. относно състава и организацията на Комисията за правата и автономията на хората с увреждания и за изменение на Кодекса за социални и семейни дейности (регулаторна част). Указ № 2012-1414 от 18 декември 2012 г. и изменение на Кодекса на ASF

2.2. Национален фонд за солидарност за автономия

Мисия

Създаден със закон №2004-626 (допълнен чрез закон 2008-351) и считано от януари 2006 г. Национален фонд за солидарност за автономия (CNSA) изпълнява функция на "фонд", който отговаря за разпределението на финансови ресурси, и "агенция" за техническа помощ. Тази институция е отговорна за финансирането на помощите за възрастни хора със загуба на автономия и за хора с увреждания. Тя покрива част от сумите за персонализираната надбавка за автономия APA (за възрастни) и компенсацията за увреждане (PCH), предоставя на конкурсен принцип финансиране на окръжните ведомства на хората с увреждания, субсидира конференциите на финансиращите лица, разпределя кредити, предназначени за медико-социалните институции и служби, подкрепя модернизацията и професионализирането на услугите за домашни грижи. Мисията и е също така да гарантира равнопоставено третиране на територията на Франция на всички хора с увреждания или загуба на автономия (следи за справедливо разпределение на ресурсите и предоставяне на техническа подкрепа на местните участници за насърчаване на хармонизирането на практиките), да анимира мрежата на заинтересованите страни по въпросите на ХУ (да подкрепя и да унифицира практики), да информира широката общност, възрастните хора с увреждане и техните семейства посредством специален онлайн портал⁶⁴, да предоставя експертна и изследователска роля по въпроси, свързани с достъп до автономност независимо от възрастта и произхода на уврежданията.⁶⁵

Партньорства

CNSA поддържа партньорски отношения с асоциации и федерации, представляващи потребители и управителни органи. Това партньорство е формализирано със споразумения (например в областта на модернизацията и професионализирането на услугите за домашна помощ), с отпуснати безвъзмездни средства за проучвания и разработки, и със съвместни проекти. Прилагайки закона, CNSA е обвързана със споразумения с националните органи за

⁶⁴ pour-les-personnes-agees.gouv.fr

⁶⁵ Мисията и управлението на CNSA е предмет на периодично споразумение с Държавата.

здравно осигуряване и осигуряване за старост (CNAV, CCMSA, CNAMTS) и с Централната агенция на социално осигурителни организации (ACOSS). CNSA създава и мрежа от институционални партньорства с много национални организации, работещи в областта на действие на фонда, включително: Асамблеята на френските департаменти (ADF); Асоциацията за управление на средствата за професионална интеграция на хората с увреждания (Agefiph), Фонда за интеграция на хората с увреждания в държавната служба (Fiphfr); Националния фонд за семейни помощи (CNAF); Националният институт за превенция и здравно образование (INPES); Института по изследване на общественото здраве (IReSP) и Националната агенция за научни изследвания (ANR).

Капацитет и структура

Оригиналността в сравнение с националните фондове за социално осигуряване, е тази, че CNSA е фонд без собствена териториална мрежа. Действа на местно ниво чрез партньори, върху които няма йерархична власт: регионални здравни агенции, окръжни съвети, MDPH, асоциации, федерации. Тази ситуация насърчава фонда да се позиционира като доставчик на услуги, който придобива легитимност, защото участниците в тази област са убедени в това, което той им носи.

Понастоящем CNSA разполага с над 25 млрд. евро, за функциониране и постигане на мисиите си (нараснал със 79,9% от 2016г.) - 19,3 млрд. евро, предназначени за финансиране на ESMS за възрастни хора и хора с увреждания, докато разходите за обезщетение на APA и PCH възлизат съответно на 2,4 млрд. и 0,7 млрд. евро.

CNSA финансира чрез собствените си ресурси (22,5 %) и кредитите за здравно осигуряване, които управлява (ONDAM, 77,5%) политиките за автономност за възрастни хора и хора с увреждания. В рамките на собственото си финансиране приходите произлизат от приноса от деня на солидарност за автономия (CSA), данък от потребление на тютюн (DCT), от 2015г. от социалния данък върху доходите от капитал и от 2013 г. от допълнителната солидарна вноска за автономия за възрастни (CASA).⁶⁶

Средно-списъчният състав за 2017 на Фонда е 123,2 еквивалент на пълно време. Почти 70% от служителите са по частно-правен договор, обхванат от споразумението UCANSS (Съюз на националните фондове за социално осигуряване), и малко над 30% по силата на публично-правен договор, главно държавни служители. Фондът разполага с трима ресорни агента и един медик. Агентите на CNSA идват от различни хоризонти: сдружения и федерации от сектора, национални агенции (ASIP, ANAP, ANESM, здравни агенции ...), социално-осигурителни организации или частния сектор. Държавните служители са предимно от Министерството на социалните политики и здравеопазването. Що се отнася до териториалните служители, те идват предимно от ведомствените съвети на Парижката корона⁶⁷.

Органи на управление

Един истински "парламент" на медико-социалния сектор, Съветът на CNSA е място за обсъждане и размисъл по въпросите на загубата на автономия. Той обединява всички заинтересовани участници: сдружения, профсъюзи, държавни служби, окръжни съвети, парламентаристи, професионалисти. Неговата роля е да дефинира ориентацията и перспективите на действията на CNSA. Съветът е традиционен орган за управление, който взема решение за бюджета, одобрява отчетите и доклада за дейността и решава за

⁶⁶ https://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf

⁶⁷ <https://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/lequipe-de-la-cnsa>

приоритетите за действие в рамките на споразумението, което го обвързва с държавата (COG). Съветът има 52 членове и техните заместници, представляващи всички заинтересовани страни⁶⁸. Държавата е представена, но не притежава мнозинство, представителите са избрани от колегия от асоциации, както и окръзите, които са бенефициенти на кредитите на Фонда. Има общо 92 гласа, 41 за държавните представители, 51 за всички останали представители. Разискванията на Съвета се приемат с мнозинство от подадените гласове.

Съветът има три работни комитета, които се срещат преди всяко заседание на Съвета, за да обсъдят подробно въпросите, бюджетните арбитражи на законите за финансиране на социалното осигуряване и да подготвят пленарното заседание: Комитет по въпросите на помощите към лицата (ориентация, оценка), Комитет по въпросите на медико-социалните институции и услуги, Финансов комитет. Съставът на комитетите е представителен за различните органи, заседаващи в Съвета.

CNSA също сформира:

- Научен съвет⁶⁹, който ръководи научните действия на фонда, улеснява диалога между научните среди и гражданското общество по проекти от общ интерес. Той подпомага Съвета и Директора на CNSA при определянето на насоките и действията на фонда. Състои се от 22 члена.
- Обсерватория на пазара и цените на техническите помощи, които имат за цел да събират и разпространяват информация за характеристиките на пазара на помощните технологични средства. Тя обединява индустрии, асоциации на възрастни хора или представители на потребители с увреждания, администрации и други ключови играчи.

Секретариата на CNSA включва Генерална дирекция с директор, заместник директор, президент на съвета на CNSA, президент на научния съвет, главен счетоводител, бюджетен контролор, и отговорник за междуведомствената организация и технически съветник; Дирекция за ресурси; Счетоводна Агенция; Дирекция за медицински и социални услуги; Дирекция компенсации за загуба на автономия; Дирекция комуникации; Дирекция научни изследвания; Дирекция информационни системи⁷⁰.

Правни текстове, закони, постановления и укази, отнасящи се до функционирането на CNSA и подкрепата за хората с увреждания: Наредба от 16 октомври 2017 г. за назначаване на квалифицирани лица в управителния съвет на CNSA; Постановление от 26 юни 2017 г. за назначаване на представители на сдружения чл. R.14-10-2 и R.10-4-5 членове на CASF на Съвета на CNSA; Четиригодишно Споразумение за мисията и управлението на CNSA, сключени между CNSA и държавата. Споразумение 2016-2019 г.⁷¹, одобрено от Генералния Съвет на 9 февруари 2016 г. и подписани от четиримата ресорни министри, както и от президента и директора на CNSA; Инstrukция № DGCS / SD3A / 2012/64 от 3 февруари 2012 г. относно прилагането на националната схема за редки увреждания; Декрет № 2008-110 от 6 февруари 2008 г. : GEVA; Постановление от 6 февруари 2008 г. : препратки и номенклатури, приложими за GEVA; Циркулярно писмо от 6 декември 2007 г. : изпълнение на действия, отговарящи на условията за финансиране на раздел IV от CNSA; Изявление на г-н Жан-Пьер Рафарен, министър-председател, за ролята на Националния фонд за солидарност за автономност (CNSA) в политиката за възрастните хора и хората с увреждания (Париж 2 май 2005 г.); Указ от 20 април 2005 г. : състава и функциониране на научния съвет.

⁶⁸ Списък с актуалните членове на съвета на CNSA: <https://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/gouvernance>

⁶⁹ За повече информация и списък на членовете на научния съвет: <https://www.cnsa.fr/soutien-a-la-recherche-et-a-l-innovation/le-conseil-scientifique>

⁷⁰ https://www.cnsa.fr/documentation/organigramme_dir_cnsa_29-nov_2017_horizontal.pdf

⁷¹ https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_dt_cog_bdinteractif.pdf

2.3. Национална здравно-осигурителна каса

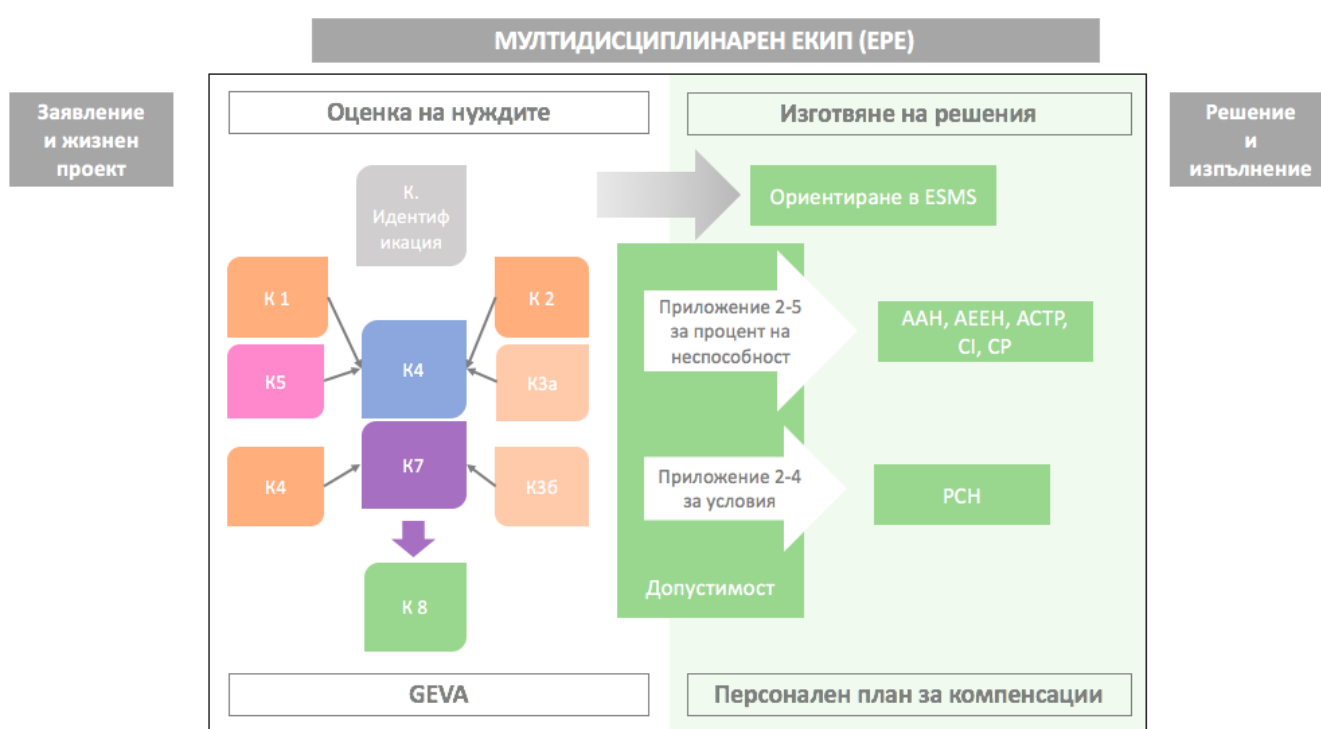
CNAM е национална публична институция с административен статут, юридическа правосубектност и финансова автономия. Тя подлежи на двоен надзор: този на Министерството на социалното осигуряване и на Министерството на икономиката и финансите. Тя определя стратегическите насоки и управлява мрежата от организации, отговарящи за тяхното прилагане. Тя управлява заболяванията (рискове за болест, майчинство, инвалидност, смърт) и трудови злополуки / професионални болести (AT-MP) на общата схема за социално осигуряване на национално равнище и ръководи органите, отговарящи за прилагането му. За да изпълни мисията си, Националната здравно-осигурителна каса се основава на 101 основни здравноосигурителни фонда (CPAM) в на територията на Франция, 1 общ фонд за социално осигуряване (CCSS Lozère), 4 общи фонда за социално осигуряване в отвъдморските департаменти Гваделупа, Мартиника, Френска Гвиана и Ла Реюньон и 1 фонд за социално осигуряване (CSS) в Майо. CPAM са частноправни органи, изпълняващи дейности в обществена полза. Пенсионно и професионално здравно осигурителните каси (Carsat) и CRAM регион Ил де Франс (Париж) изпълняват обществени услуги по отношение на подготовката и заплащането на пенсиите, предотвратяването и ценообразуването на професионалните рискове, помощ и подкрепа за осигурените лица в затруднено положение. Групата *Ugesam* се състои от 13 Ugesam (Съюз за управление на здравноосигурителните фондове/каси), които ориентират и управляват 225 здравни и медико-социални заведения от здравното осигуряване. Upsam е орган, създаден по силата на Закона за реформа на здравното осигуряване от август 2004 г. Той събира представители на общата схема, селскостопанския режим (MSA), както и социалната сигурност на самостоятелно заетите лица. Ролята на Upsam е да изпълнява конвенционалната политика, да определя обхвата на обезщетенията, които могат да бъдат възстановени и да фиксира степента на покритие на грижите. Двадесет регионални отдела на медицинската служба (DRSM) предоставят своите медицински познания в областта на управлението на риска: съветват, съпътстват и контролират осигурените лица и здравните специалисти. Те разполагат на местно ниво във всяка CPAM, практикуващи консултанти (лекари, зъболекари, фармацевти) и административен персонал. Медицинските съветници към регионалните агенции на CPAM определят инвалидността на лицето, описана в глава 1 на настоящия Доклад.

3. Методика относно ЕР на хора с увреждания

3.1. Инструменти за оценка

Оценката за вида и степента на увреждането се изготвя по предложение на техническите мултидисциплинарни екипи на Окръжните ведомства на хора с увреждане с помощта на националната референция за оценка на нуждите от обезщетения GEVA (Ръководство със скала за оценка на нуждите на обезщетения на лицето с увреждане - *Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*)⁷², регламентиран с указ от февруари 2008⁷³ и постановление от май 2018.⁷⁴ Тя се използва от мултидисциплинарния екип за подготовка на предложения в рамките на план за лични компенсации (*Plan Personnalisé de Compensation*).

Фигура 2: Схематично представяне на процедурата по признаване на уврежданията⁷⁵



Тази оценка за признаване на статута на лице с увреждане е глобална. Тя включва различни измерения и адресира по-специално недостатъците, ограниченията на дейностите и техните последици в ежедневието, в социалния, академичния или професионалния живот на лицето, като се вземе предвид и неговата заобикаляща среда.

⁷² <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie-du-projet-de-vie-a-la-compensation/evaluation-des-besoins/le-geva>

⁷³ в приложение

⁷⁴ Наръчник на ръководството: <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie-du-projet-de-vie-a-la-compensation/evaluation-des-besoins/le-geva>

⁷⁵ Приложение 2-5. Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000018780363&dateTexte=&categorieLien=cid>; Приложение 2-5

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823675&dateTexte>

Обхват: целевите групи на оценката за вида и степента на увреждане са всички хора с придобито или вродено ограничение (деца и възрастни⁷⁶). Статутът на работник с увреждане се признава на всяко лице, чиито възможности за получаване или запазване на работа са ефективно намалени в резултат на промяна на една или повече функции: физически, сензорни, умствени или психически.

3.1. Формуляри и нужни документи, от заявителя⁷⁷

а) Заявление⁷⁸:

Заявлението е стандартизирано за всички видове целеви групи - деца или възрастни и има общо 11 раздела за попълване от лицето или неговия попечител. Заявлението е придружено с обяснителна бележка⁷⁹, която да улесни лицата, които го попълват. Заявленията и техните приложения се подават по пощата с препоръчано писмо. Понастоящем заявленията могат да се подават изцяло по електронен път в някои региони⁸⁰. Заявлението е съставено от следните раздели и рубрики:

Раздел А: административна информация от общ характер⁸¹:

A - Идентификация на детето или възрастен, засегнати от искането: обща информация за лицето: имена, възраст, дата и място на раждане, националност, ЕГН, социално осигурителен номер и обслужваща институция,

A2 - Текущ адрес на детето или възрастния, засегнато от искането

A3 – Родителско или друго попечителство (за малолетни): имена, контакти, и вид попечител.

A4 - Законен представител (за възрастни - ако е приложимо)

A5 - Идентификация на разплащателната агенция за семейни обезщетения (CAF, MSA или друг). Тази информация дава възможност да се идентифицира организацията, която ще плаща ААН или АЕЕН (за образование на деца с увреждане).

A6 - Семейно положение на засегнатия възрастен или отговорно за детето

A7 - Статус на заетост на възрастния заявител или имащия попечителство на детето с увреждане

A8 - Други положения: ако е настанен в медико-социално съоръжение или хоспитализиран

A9 - Жилище на засегнатото лице или попечителя (за непълнолетни)

⁷⁶ Неофициализирани разновидности на GEVA са GEVA-A за възрастни (над 60г.), GEVA-19 за младежи между 19 и 20г с цел ориентиране. Няма данни за тяхното ползване. Съществува и GEVA-Sco (регламентиран с указ от 2015) за оценка на нуждите на ученици с увреждане. Процедурата е различна от тази за възрастни – първоначално заявление с оценка се извършва от от екипи за образование и последствие от Екип за наблюдение на учението на съответното училище. Ръководство за ползване и формуляри:

<https://www.cnsa.fr/documentation/formulaires/formulaires-geva-sco>. Нерегламентирана разновидност на GEVA Sco е GEVA-TED, изготвена от MDPH 64, асоциацията "Autisme Pau Béarn Pyrénées" и Autisme France.

⁷⁷ Заявлението и медицинското свидетелство са регламентирани образци на администрацията

⁷⁸ В приложение

⁷⁹ https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfaFormulaire=13788*01&cerfaNotice=51299

⁸⁰ MDPH Calvados: <https://mdphenligne.cnsa.fr/mdph/14>

⁸¹ Задължителни са рубрики A1-4. Лицата, които искат само карта мобилност няма нужда да попълват рубрики A5-A9.

Раздел Б - Изразяване на очакванията и нуждите на засегнатото лице (Проект "Живот"): този раздел се попълва в свободен текст с цел да ЕРЕ да придобие представа за желанията на лицето за създаване на персонализиран план за компенсация. Лицата могат да впишат техните очаквания и нужди по отношение на комуникацията, здравето, обучението, работата, жилище, ежедневие, емоционален живот, семеен живот, отдых и пр. Лицето може да реши да не попълва тази секция или да поиска помощ при попълването на житейския му проект от професионалист от MDPH, като името на служителя може също да бъде отбелязано във формуляра. Съществуват и допълнителни формуляри-затворени въпросници⁸², които да рамкират информацията в тази секция които изреждат дейности, при които лицето изпитва затруднения или има нужда от подкрепа (свързани с придвижване, ежедневие, във взаимоотношенията с другите), както и очакванията им за подкрепа.

Раздел В - Искане за финансова помощ за образование за деца с увреждания и нейната надбавка: попълва се за младежи до 20 г.

Раздел Г - Заявление за обучителен курс и / или обучение със или без съпровод на институция или медико-социална служба: свободен текст, попълва се за деца или младежи.

Раздел Д – заявление за карти: карта за мобилност с вид приоритет и европейска карта за паркиране.

Раздел Е - Искане за компенсация. Това заявление позволява проучване на нуждите от компенсиране на последиците от увреждането. Лицето трябва да посочи какви помощи би искал:

- а) Човешка помощ (хранене, помощ при къпане, др.)
- б) Технически помощни средства (инвалидна количка, телевизионен увеличител, слухови апарати, др.)
- в) Жилищно адаптиране (преобразуване на вана в душ, повдигната платформа

триъгълник, разширяване на вратата, осветление, др.) За смяна на жилището (принос за смяна на жилище ако разходите за адаптиране на жилището е твърде скъпа или невъзможна)

- д) Адаптиране на превозното средство (адаптиране на седалката на водача)
- е) Допълнителни разходи, свързани с транспорт
- ф) Помощ чрез животни (разходи за поддръжка на обучени кучета и др.)
- г) Специални или извънредни разходи

Раздел Ж: Свободно приобщаване на помощник (член на семейството) към осигуряване за старост.

Раздел З: Заявление за финансова помощ за възрастни с увреждания (ААН). В този раздел се заявяват и доходите на лицето от различни източници.

Раздел И: Заявление за работа, заетост и професионално ориентиране. Тази рубрика позволява признаване на качеството на работниците с увреждания и професионалната ориентация към: свободния пазар на труда (подкрепа от страна на обществената служба по заетостта *Rôle Emploi* и от *Cap Emploi*), защитената заетост чрез ESAT, обучение, което може да ви даде право на премия за прекласификация.

Раздел Й: заявление за ориентиране към институция или медико-социална служба за възрастни.

⁸² в приложение

Раздел К: Желание за опростена процедура в определени случаи. Ако лицето поиска опростена процедура няма да има възможност да присъства по време на заседанието на Комисията.

Раздел Л: Приложимите документи към формуляра са медицинско свидетелство и неговите специфични приложения (не по-късно от три месеца преди датата на заявлението), копие на лична карта или карта за престой в страната, копие на документ, удостоверяващ адрес на пребиваване и съдебно удостоверение за попечителство (ако е приложимо).

В някои ведомства (пр. регион Жиронд) в случай, че лицето има ментални увреждания към основното заявление, отнасящо се до житейския проект могат да се приложат допълнителни въпросници, попълнени от семейното обкръжение на лицето и от екипът, полагащ грижи за лицето.

б) Медицинско свидетелство⁸³

Медицинското свидетелство е регламентирано специално за случаите на заявления за получаване на статут лице с увреждане. Той е предназначен за мултидисциплинарния екип за оценка на MDPH, който трябва да събере информация за клиничните аспекти на увреждането на лицето като обърне особено внимание на функционалното въздействие. Свидетелството се попълва от лекуващия лекар на лицето или лекар-специалист, като оригиналът се изпраща на лицето с увреждане, а копие остава при лекаря. Ако са извършени допълнителни прегледи, оценки или хоспитализации, свързани с уврежданията, те трябва да бъдат посочени и приложени към сертификата. Свидетелството е валидно 6 месеца. При бързо развиваща се увреждане може да бъде изискано и по-кратка валидност.

Разделите на свидетелството са както следва: Патология, мотивираща заявлението, История на заболяването, Текуща клинична картина, Сензорни увреждания (при наличие на такива увреждания се попълват допълнения), Лечение и терапия, Функционално или релационно отражение, Допълнителни забележки или наблюдения (в свободен текст). В медицинското свидетелство фигурират елементи, които позволяват кодиране съгласно ICF.

с) Допълнения към медицинския сертификат: стандартен доклад на слухова⁸⁴ и офталмологична⁸⁵ оценка.

Диагнозата на патологията, причиняваща увреждането, е изготвена от лекаря на базата на ICD. Тя е важно да се вземе под внимание, тъй като позволява по-специално да има елементи на прогноза и да се свързват нарушенията и неспособността с известна клинична картина. Тази диагноза обаче не позволява оценката на увреждането, която варира в зависимост от функционалното отражение, прогресирането, и прилаганите терапии с техните ограничения или странични ефекти. Този допълнителен подход, базиран на ICF, позволява патологията да се адаптира към многообразието от ситуации. Двама души с една и съща патология могат, в зависимост от функционалното въздействие, да бъдат признати с различна степен на увреждане и различни предложения за подкрепа.

⁸³ в приложение

⁸⁴ <https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getAnnexe.do?cerfaAnnexe=15695-1&cerfaFormulaire=15695>

⁸⁵ <https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getAnnexe.do?cerfaAnnexe=15695-2&cerfaFormulaire=15695>

3.2. Методика за извършване на оценка от мултидисциплинарния екип на MDPH

Оценката се основава на Наредба от 6 февруари 2008 г. относно референциите и номенклатурите, приложими към ръководството за оценка на нуждите от обезщетения на лица с увреждания, предвидени в член R. 146-28 от Кодекса за социалните и семейни дейности.

Инструмент за оценка от мултидисциплинарния екип представлява Ръководството за оценка GEVA и базираната на него оценителна карта (изготвена от CNSA)⁸⁶, които съдържат изключително изчерпателна методика на оценка, изградена на база на Наредбата.

Ръководството за оценка определя основната информация за различните компоненти на положението на лице с увреждания, които трябва да бъдат взети предвид при оценката на неговите нужди, за разработването на персонализирания план за компенсации и плана за обезщетение, предвидени в член L. 241-6 от CASF. Трябва да се търси само информацията, полезна за постигане на целите на всяка оценка, по-специално в зависимост от заявените нужди на лицето.

Таблица 2: Компоненти на оценка спрямо заявените нужди на лицето

Компоненти за многомерна оценка		Карта мобилност	ААН и надбавки	Фин. подкрепа за образование на дете с увреждане и надбавки (АЕЕН)	Ориентация и съпровод в учебна среда	Компенсация за увреждане (РСН)	Ориентиране към медико-социални служби и институции	RQTH
К Идентификация	Идентификация	х	х	х	х	х	х	х
	Изразен индивидуален проект			х	х	х	х	х
К1	Семейно, социално и финансово положение		х	х	х	х	х	х
К2	Жизнена среда и начин на живот			х		х		
К3 А	Обучителна и образователна траектория			х	х		х	
К3 Б	Професионална траектория		х					х
К4	Медицински данни	х	х	х	х	х	х	х
К5	Психологично състояние							

⁸⁶ в приложение

K6	Дейности и функционален капацитет	X	X	X	X	X	X	
K6 (доп.)	Дейности и функционален капацитет за работа		X					X
K7	Подкрепящи дейности и грижи за лицето			X	X	X	X	
K8	Обобщение на оценката			X	X	X	X	X

Методиката на GEVA е разработена, прилагайки ICF, за да опише различните характеристики на хората и контекста, в който се намират (компоненти 1 до 5) и да разгледа в светлината на тези характеристики резултата от дейностите и участието, взаимодействията между човека и средата, които се възприемат като пречки или улеснители (компонент 6). Компонент 7 е тясно свързан с компонент 6 на вече предприетите действия за компенсиране на ограниченията на активността, които са подробно описани като улеснители в групите дейности. Компонент 7 описва като цяло координатите на участниците в тези помощи.

Оценителната карта съдържа два раздела: обобщение на ситуацията на лицето и първоначална оценка (с осем компонента) и препоръки на екипа. Обобщение на ситуацията на лицето и първоначална оценка на увреждането съдържа следните компоненти (в зависимост от заявените нужди):

- 1) Идентификация: имена на лицето, номер на досие и заявени помощи/права (двадесет опции), данни за житейски проект, становище на антуража и/или законния представител (при непълнолетно лице или такова с умствени увреждания)
- 2) Семейна, социална и финансова ситуация. В този компонент се описват и ресурсите на лицето, свързани с неговите упражнявани права чрез различни източници: дали е служител на заплата или не, дали получава помощи за безработица, или инвалидна пенсия (и съответно коя категория), други видове пенсии, и пр.
- 3) Жизнена среда и начин на живот с раздели: жилищно настаняване; достъп на околната среда; превозно средство
- 4) Обучителна и образователна траектория с раздели: училищно образование, висше образование, оценка на академичните умения (за деца)
- 4а) Професионална траектория с раздели: оценка на начално и професионално образование, професионални биографични данни, други налични експертни оценки за професионални квалификации (пр. Национална агенция за професионално обучение за възрастни).
- 5) Медицински данни: патология на заболяването (Информацията за патологиите е кодирана съгласно Международната класификация на заболяванията (ICD 10), медицинска и хирургическа истории, клинично описание, симптоми, прогрес на функционалните нарушения, обобщение на уврежданията⁸⁷, зависимост от грижи с естеството и честотата на лечение, (редовни медицински консултации, физиотерапевт, терапевт за говор, итеративни хоспитализации, психологична подкрепа, трудов терапевт, др.), ограничения и пречки (свързани с полагане на грижи, лечение или терапии,

⁸⁷ номенклатура на основните увреждания е описана в Ръководството GEVA

наличие и описание на специализирано оборудване, хранителни ограничения, и ограничения, свързани с излагане на климатични фактори), наличност на функционална рехабилитация, зависимости (от алкохол, цигари, наркотици и др.)

- 6) Психологично състояние: резултати от проведени тестове, психо-клиничен анализ на ситуацията,
- 7) Дейности и функционален капацитет: този компонент до голяма степен произтича от Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF) и изброява различни под-дейности, групирани в осем групи. Под-дейностите, обхванати от оценката, са предмет на различни котировки, които са посочени в раздел IX.B на регламента. В този раздел се определят и капацитета на лицето да извършва работа, част от оценката на неговата работоспособност.
- 8) Подкрепящи дейности и грижи за лицето: интервенции на близкия антураж на лицето (изброени са до трима души от антуража на лицето, които се грижат за него, с данни това дали са: основен помощник, сам родител, нает от лицето с увреждане, пенсионер. Ако лицето, което се грижи за него, е компенсирано или ако е родител на млад човек под 20-годишна възраст, дали е трябвало да се откаже, да прекрати или да намали работата си. Описват се и нуждите, които те идентифицират), професионални интервенции (имената на до трима структури или мерки, датата на провеждане на интервенцията и референтни контакти), обобщение на редовните професионални помощници. Описва се и връзката между професионалистите, полагащи грижи и лицата от семейството, полагащи грижи (вкл. помощ на помощници). Изясняват се евентуални съществуващи съдебни спорове по отношение на предоставяните помощи. Този компонент описва и следните наблюдения: организиране на типичен ден на лицето с увреждане (в табличен вид се документира почасово ежедневието на лицето с увреждане, помощници и вид помощ), начина на организиране на ученето и обучението на детето с увреждане, и типичната работна седмица на лицето с увреждане (за работещи лица).

Раздел препоръки на мултидисциплинарния екип се съдържа в раздел 8 на инструмента и съдържа синтез на оценката с акценти, които трябва да бъдат предоставени на вниманието на Комисията CDAPH. Акцентите са по отношение на:

- жизнения проект, изразен от човека (стремежи, потребности, желания) и евентуалното му развитие по време на процеса на оценяване,
- семейното положение на лицето
- социалното положение на лицето
- неговата автономност
- (ако е приложимо) неговото образование или първоначално обучение (за деца)
- (ако е приложимо) неговото професионално положение или професионално обучение

В раздел препоръки се описват и проведените срещи и взаимодействията на екипа с лицето в рамките на оценяването и елементите, свързани с критериите за допустимост и които позволяват на CDAPH да се произнесе. Тези елементи са:

- Недостатъци и последиците от тях (вкл. слепота и глухота и на двете уши над 70db)
- Ефект от функционалните промени на лицето върху работния капацитет или достъпа до заетост (свободен текст)
- Ефект от функционалните промени върху ежедневните дейности на лицето: изброяват се дейностите, при които има абсолютни или тежки затруднения.
- Ефект на функционалните промени върху мобилността и движенията навън

Екипът оценява и нуждата от компенсации в табличен вид като представя в детайли нуждите и възможни решения. Нуждите се класират в следните видове: нужда от грижи, нужди за автономност (от осъществяване на първични нужди, до водене на социален и професионален живот), хоризонтални нужди от автономност (за комуникация, за сигурност, за облекчение или присъствие на родители и домашни помощници), финансови нужди, и други неидентифицирани от инструмента нужди.

Фокус върху Компонент 8 "Дейности и функционален капацитет"

В този раздел се изреждат дейности, които да дадат възможност за оценяване на допустимостта за компенсаторната услуга за увреждане (CPH) като цяло, и по-специално като елементи за човешко подпомагане (съгласно Приложение 2-5 на CASF). Първата част на всяка група дейности се базира на класификацията на СЗО, докато във втората част на всяка група дейности се описват вече прилаганите помощи (улеснители) и ниво на удовлетвореност на лицето с увреждане.

Функционалният капацитет на дадено лице (оценката на функционалните възможности на лицето, с изключение на всякаква човешка или технологична помощ, сравнени с очакваните възможности на човек от същата възраст, който няма здравословен проблем) в рамките на някои групи дейности, се определя съгласно следните условия, позовани на ICF:

- 0 = липса на затруднения (Лицето извършва дейността без никакъв проблем и без никаква помощ, т.е. спонтанно, напълно, правилно и обичайно)
- 1 = леки затруднения (Трудността не оказва влияние върху осъществяването на дейността)
- 2 = умерени затруднения (Действието се извършва трудно, но с нормален краен резултат. Например, това може да стане по-бавно или чрез изискване на конкретни стратегии или условия (добро осветление, поставяне на дрехи в определен ред ...))
- 3 = тежки затруднения (когато дейността е трудна и променена по отношение на обичайната такава)
- 4 = абсолютни затруднения (когато дейността не може да бъде извършена изобщо от лицето)
- 9 = неприложимо/неоценено

Примери: Дейността "тоалетно почистван или измиване" е оценена като неприложимо когато става дума за дете, което е твърде младо, за да се очаква да извърши такава дейност само. Дейността "фини двигателни дейности" за лице с пълна тетраплегия е оценена с 4 (абсолютна затруднения), а не с 9 (не е приложимо). Дейността "говорене" за лице, което има нарушения на речта, което го прави разбираемо само от хора, свикнали с него е оценено на степен 3 (сериозна трудност).

Всички групи дейности са обект на цялостна оценка на всички трудности, с които лицето се сблъсква по следните начини: неприложимо (за лица, които не са засегнати от съответния раздел дейности), не (ако няма ограничения или нужда от форма на помощ или компенсация), да (в този случай се разглеждат съответните под-дейности). Под-дейностите се оценяват по отношение на ефективното им изпълнение, на фактори от обкръжението, които представляват улеснения или пречки. Оценката на ефективното изпълнение на дейностите включва оценка трудностите, срещани от лицето, когато извършва определена дейност в реалния живот спрямо очакваните постижения на лице на същата възраст, което няма здравословен проблем, като се взема предвид, по-специално, умора, забавяне, болка, ...). Оценката заключава в следните степени:

- "А": Дейност, извършвана самостоятелно, без човешка помощ и без затруднения
- "Б": Дейност, извършвана частично с помощта на трета страна и/или с призив за помощ и/или с частично затруднение
- "В": Дейност, извършвана с многократна помощ от трета страна и/или с непрекъснат мониторинг и/или с постоянно затруднение
- "D": Не се извършва дейност

Примери:

- а) Човек с увредено зрение пътува навън самостоятелно, с частични затруднения, поради свързаните с това рискове. От друга страна то има затруднения, които могат да бъдат описани като редовни, ако трябва да се движи през нощта, което според неговия начин на живот се случва рядко. В такъв случай нивото, което трябва да се спомене, е това, което съответства на ситуацията, която най-често се среща, предвид начина на живот и проекта на лицето (ниво Б). Трябва да се посочат в раздел "забележки/наблюдения" ситуацияите, при които степента на трудност е по-висока.
- б) Човек с психичен дефицит си ляга сам, докато е в период на стабилизация и редовно се лекува. Ако често прекъсва лечението си и след това трябва има нужда от помощ и наблюдение за миене и тоалетно почистване, това може да бъде оценено като ниво С поради необходимостта от повтаряща се помощ и /или непрекъснато наблюдение, тъй като в този случай, най-често лицето не извършва тази дейност само.

Всяка под-дейност се оценява и спрямо факторите на обкръжението, в зависимост дали са пречки или улеснители спрямо техния вид:

- "Н": Човешка среда
- "Т": Техническа среда⁸⁸
- "L": Жилище
- "S": Услуги
- "А": Животинска среда

Примери: Когато лицето е подпомагано от помощник за извършване на дадена дейност това може да се отбележи като "Н" улеснител, независимо от статута на лицето, което се грижи за него (родител или платена трета страна/доставчик), от естеството и значението на помощта (обща помощ, частична помощ, стимулиране или мониторинг). Обратно, може да се отбележи "Н" пречка, ако поради липса на подходяща помощ реализацията не може да бъде осъществена или извършена частично или неправилно. "L" улеснител може да бъдат различни жилищни условия, т.е. всяка адаптация на жилища, които могат да се считат за недвижими имоти по местоназначение (вкл. и автомобил или работно място). Пречка "S" може да бъде липса на транспортна градска услуга. "А" улеснител е наличието на куче-водач.

За всички области и дейности трябва да се уточни когато човешката среда е улеснител (където е уместно) наблюдаваното действително дневно време на помощ, а когато техническата среда е улеснител - кодът по ISO 9999 или кодексът на LPP.

⁸⁸ Съгласно стандарт NF EN ISO 9999:2015 определящ техническата среда като всеки продукт, инструмент, оборудване или техническа система, използвана от лице с увреждания, специално произведено или съществуващо на пазара, предназначено да предотвратява, компенсира, облекчава или неутрализира ограничението, затруднението или уврежданията.

Фигура 3: извадка от картата за оценка в Компонент “Дейности и функционален капацитет” – Група “Общи задачи изисквания, отношения с другите”

Tâches et exigences générales, relation avec autrui

Difficulté : ☐ "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
☐ "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
☐ "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

"0" : Pas de difficulté
 "1" : Difficulté légère
 "2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave
 "4" : Difficulté absolue
 "9" : Sans objet

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté

"B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

"C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
 "D" : Activité non réalisée.

"H" : Environnement humain
 "T" : Environnement Technique
 "L" : Logement

"S" : Services
"A" : Environnement animal

Capacité						Réalisation effective				Facilitateurs					Obstacles					Observations
0	1	2	3	4	9	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
						1.1 S’orienter dans le temps														
						1.2 S’orienter dans l’espace														
						1.3 Fixer son attention														
						1.4 Mémoriser														
						1.5 Prendre des décisions														
						1.6 Prendre des initiatives														
						1.6.1 Faire spontanément une demande d’aide (savoir repérer et mobiliser les ressources de son environnement si nécessaire)														
						1.6.2 Entrer spontanément en relation avec autrui														
						1.6.3 Entreprendre spontanément une activité simple														

Групите дейности и съответните под-дейности отговарят различни групи и различни нива от кодираните показатели на ICF в раздели “Дейности и участие” и “Функции на тялото”, като също така фигурират и дейности, които не са специфицирани посредством ICF (като това лицето да управлява своята сигурност и тази на околните).

За група “Общи задачи изисквания, отношения с другите” са идентифицирани следните показатели от ICF⁸⁹:

- Специфични ментални функции (b140-b189) - b140 внимание, b144 памет
- Прилагане на знание (d160-d179) - d177 взимане на решения
- Глобални ментални функции (b110-b139) - b114 ориентация
- d 2100 извършване на проста задача, d 2101 извършване на сложна задача
- Специфични междуличностни отношения (d730-d779) - d 730 връзки с непознати
- Общи междуличностни взаимодействия(d710-d729): d710 Основни междуличностни взаимодействия, d720 Комплексни междуличностни взаимодействия (d 7203 Взаимодействие съгласно социалните норми)
- Специфични междуличностни отношения (d730-d779): d750 неформални социални отношения, d770 интимни отношения.

Група “Мобилност и манипулации”:

- Промяна и поддържане на положението на тялото (d410-d429): d410 Промяна на основно положение на тялото (d 4100 лягане, d 4103 сядане), d415 поддържане на положението на тялото (d4153, d4154), d420 самостоятелно преместване.
- Ходене и движение (d450-d469): d450 ходене, d460 Придвижване през различни места (d4600 в рамките на дома, d 4602 извън дома или сред други сгради)
- Придвижване, използвайки транспорт (d470-d489)
- Пренасяне, преместване и обработка на предмети (d430-d449): d 440 фино използване на ръцете

⁸⁹ неофициален превод от английски език

- Функции на движението (b750-b789)

Неспецифицирани в класификатора дейности включват това дали лицето използва по-развитата си ръка или не, както и дали има координация на двете ръце.

Група “Лично обслужване” (гл.5 от ICF)

- d510 Измиване
- d520 Грижа за частите на тялото
- d530 Тоалетно почистване
- d540 Обличане
- d550 Хранене
- d560 Пиене
- d570 Грижа за здравето

В тази група има допълнителна разбивка на дейността по код d570, които не са специфицирани в ICF.

Група “Общуване”

- d330 говорене
- Слухови и вестибуларни функции (b230-b249): b230 чуване, b2302 Локализиране на източника на звука,
- Общуване - получаване (d310-d329): d310 Общуване – с получаване - изречени съобщения, d315 Общуване с - приемане - невербални съобщения.
- Виждане и свързани функции (b210-b229): b210 виждане или Целеви сетивни преживявания (d110-d129): d110 наблюдение
- d360 Използване на комуникационни устройства и техники (d3600 Използване на телекомуникационни устройства)

В тази група фигурират неидентифицирани под-дейности като разбиране на реч в група и в шумна среда, както и по-глобално водене на разговори.

Група “Домашен живот и ежедневиe”

- Придобиване на неща от първа необходимост (d610-d629): d 620 Придобиване на стоки и услуги (d 6200 пазаруване);
- Домашни задачи (d630-d649): d 630 приготвяне на храна (d 6300 лесни ястия), d 640 Правене на домакинска работа, d 6400 Пране и сушене на дрехи и облекла,
- Специфични междуличностни отношения (d730-d779): d750 Неформални социални взаимоотношения
- Икономически живот (d860-d879): d870 Икономическа самостоятелност (d8700 лични икономически ресурси, d865 Комплексни икономически транзакции - поддържане на банкова сметка.

В тази група следните под-дейности нямат точно определен еквивалент от класификатора: Управляване на свободното си време, провеждайте развлекателни дейности или участвайте в културни, спортни или развлекателни дейности; изразяване на заявление, свързано с неговите права; Участие в местния живот; Излизане във ваканция.

Група “Знания и учение”: този раздел оценява общи параметри като четене, писане, смятане, придобиване на знание, прилагане на знание. Те могат да бъдат отнесени към следните групи на ICF:

- Основно учене (d130-d159): d155 придобиване на умения
- Прилагане на знания (d160-d179): d166 четене, d170 писане, d172 смятане, d179 Прилагане на знания, други посочени и неопределени.

Група “Задачи и изисквания, свързани с обучението и началното обучение” – специфично за ученици.

Група “Задачи и изисквания за работа”

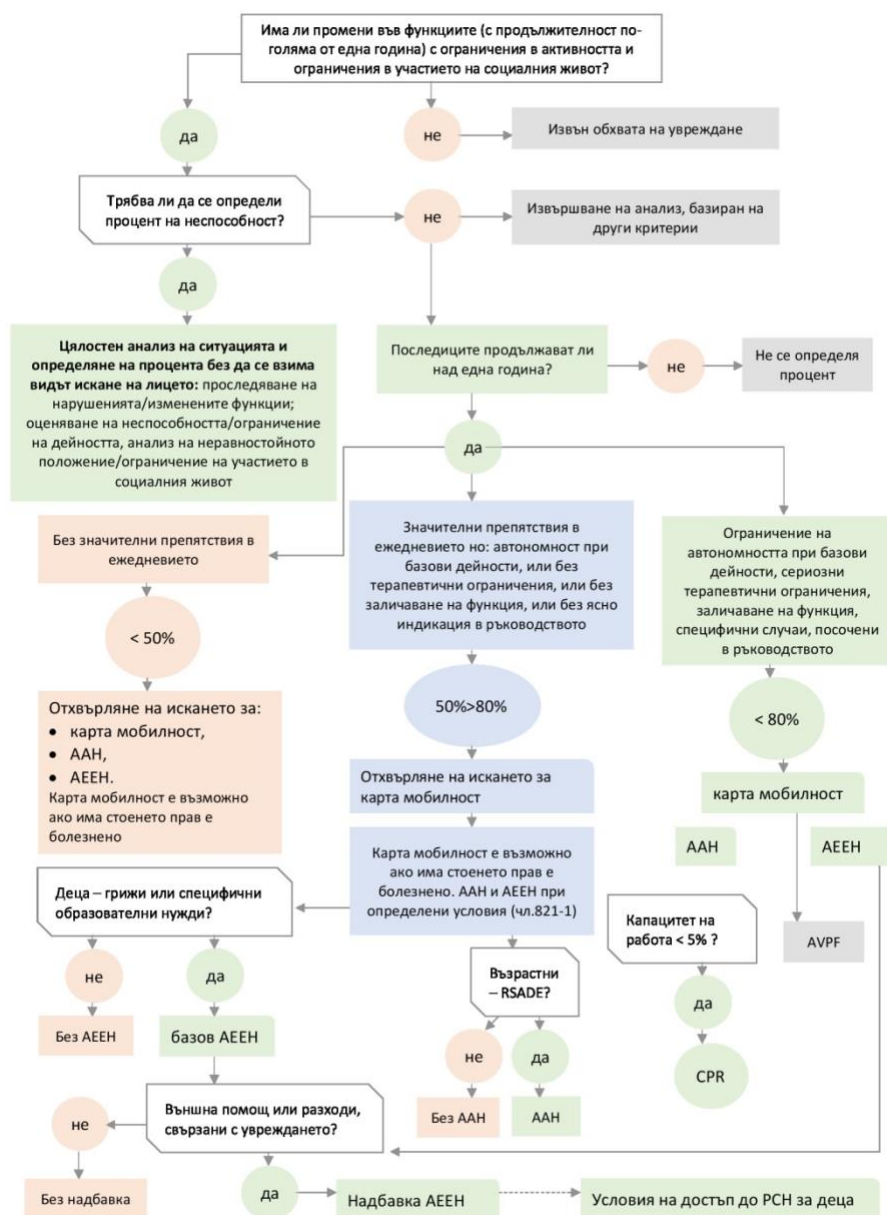
Тази група включва специфични дейности и под-дейности, и макар, че основния класификатор на ICF да има кодирани група дейности за “Работа и заетост”, то тези дейности не са достатъчно разбити, за да могат да бъдат съотнесени към GEVA.

- Спазване на основните правила: точност, старателност, уважение към йерархичните взаимоотношения, участие в срещи
- Организиране работата си (свързана с работното място)
- Контрол на работата си
- Връзки с обществеността
- Осъществяване на надзор
- Работа в екип
- Изпълнение на физически задачи: повдигане и преместване на товари, прививане на гръбнака, работа в различни пози, работа в клет, работа на височина (стълба, скеле ..), работа над земната повърхност (на мост, покрив, балкон ...), работа с повдигане на силната ръка или слабата ръка над нивото на раменете, използване на крака за извършване на команди
- Изпълнение на задачи при специални условия (виждане на цветове, възприемане на релеф, работа през нощта, приемане на промени в работни смени, използване на опасни инструменти или машини, работа с вибрации, работа в шумна среда, работа в среда със специфично дишане, работа излагаща на дерматологични рискове, излагане на атмосферни условия в изключителна атмосфера, Друго.

Изчисляване на процента на неспособност

Процент на неспособност, над 50% дава достъп до картата за мобилност, финансова помощ за възрастни с увреждания (AAH) и нейните надбавки; Надбавката за образование за деца с увреждания (AEEH), компенсаторни обезщетения (AC) за трети страни (ACSTP) или за професионални разходи (ACFP), и формиране на становище за пенсионно осигуряване на родители-домакини (AVPF). Изчислението на този процент се извършва посредством ръководство-скала. Що се отнася до него, определянето на степента на инвалидност се прави въз основа на въздействието на уврежданията в ежедневието на хората като трябва да се вземат предвид някои от данните от цялостната оценка, която се отнася както до медицинския компонент (заболявания, нарушения, ограничения на лечението), така и до компонента "дейности" на GEVA и социалното участие на лицето.

Фигура 4: Дърво на решенията, свързани с допустимостта от и прилагането на скалата за неспособност



Определянето на степента на инвалидност се основава на анализ на взаимодействията между три измерения⁹⁰:

- **Нарушение:** всяко нарушение или изменение на психологическа, физиологична или анатомична структура или функция. Дефицитът съответства на аспекта на лезиите и е еквивалентен при определянето на увреждането на понятието за промяна на функцията.
- **Неспособност:** тоест всяко намаление, произтичащо от частично или пълно увреждане на способността за извършване на дейност по начин или в диапазона, считан за нормален за дадено човешко същество. Неспособността съответства на функционалния

⁹⁰ Ръководство за допустимост на решенията, направени в окръжните ведомства на хора с увреждане (техническо ръководство, 2013 г.) <https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA-Technique-eligibilites-web-2.pdf>

аспект във всичките му физически или психически съставни части и е еквивалентно понятие за увреждане спрямо ограничаване на дейността.

- Недостатък: ограниченията (или невъзможността) да се изпълни нормална социална роля от значение за възрастта, пола, социалните и културните фактори. Недостатък (или в този случай действителното условие на увреждане) е резултат от взаимодействието между хората с нарушение или неспособност и тяхната заобикаляща среда.

Тези три измерения са тясно свързани, но техният интензитет не е непременно сравним и може да варира значително от човек на човек, дори когато увреждането е свързано със същия произход или патология. По същия начин те могат да се развият по различен и независим начин с течение на времето. *Guide-barème* съдържа осем глави, всеки от които съответства на вид нарушения, свързани с:

- Интелект или поведение
- Психика
- Слух
- Реч и говор
- Зрение
- Висцерални и вътрешни органи и функции
- Опорно-двигателния апарат
- Естетика (външни белези)

Ръководството не дава точни стойности, а по-скоро диапазон на проценти на неспособност и между три и пет степени на тежест:

- Лека форма = от 1 до 15%
- Умерена форма = от 20% до 45%
- Сериозна форма = от 50 до 75%
- Тежка форма = от 80 до 95%

Неспособност от 50% съответства на големи смущения, които предизвикват значителен дискомфорт в обществения живот на лицето. Пречките може да бъдат конкретно идентифицирани в живота на човека или компенсирани, ако този социален живот бъде запазен, но за сметка на значителни разходи или мобилизиране на конкретна компенсация. Въпреки това, автономията се запазва за основните (елементарните) актове на ежедневието. Неспособност от най-малко 80% съответства на сериозни нарушения, които причиняват сериозни пречки в ежедневието на лицето и нарушават индивидуалната му автономия. Тази индивидуална автономия се дефинира като набор от действия, които трябва да бъдат осъществени от даден човек в ежедневието. Ако тя трябва да бъде подпомогната изцяло или частично, да бъде контролирана или постигната с много големи затруднения се достига 80%. Този процент е достигнат и когато има премахване на цяла функция заради даденото увреждане. Най-високият процент на нарушение (100%) е запазена за пълни увреждания, например в случай на вегетативно състояние или кома.

Актовете на ежедневието, понякога наричани елементарни или съществени, са споменати в различните глави и включват следните дейности:

- Да се държи по логичен и разумен начин
- Да се ориентира във времето и мястото
- Да си осигурява лична хигиена на тялото
- Да се облича и съблича по подходящ начин
- Да консумира приготвена храна
- Да извършва хигиена при отделянето на урина и фекалии

- Да извършва движения като изправяне, сядане, лягане и придвижване най-малкото в помещение или жилище (не навън)

Оценка на работоспособността на хората с увреждане

Оценката на работоспособността се извършва в рамките на цялостната оценка която удостоверява статут на “значително (1) и устойчиво (2) ограничаване на достъпа до заетост”(RSDAE⁹¹), което е допълнителен критерий, освен процента на неспособност. За да се прецени дали основните възможности за достъп до заетост са свързани с увреждания, те се сравняват със ситуацията на лице без увреждания, което също има същите характеристики по отношение на достъпа до заетост. Приложение 1 на Ръководство за допустимост на решенията, направени в окръжните ведомства на хора с увреждане⁹² описва кои елементи са доказателство за значителното и трайно ограничаване на достъпа до заетост с оглед на увреждането. Елементи за оценка са:

Свързани с лични фактори на лицето:

- Ограничения във функционирането (раздел 6 на картата за оценка): дейности по придвижване, ориентиране във времето и пространството, взаимоотношения с другите съгласно социални норми, умееене на водене на разговори и използване на технически средства за комуникация, придобиване и прилагане на знания.
- Ограничения на лечението и нарушения, които могат да влошат уврежданията и да ограничат на дейностите
- Потенциалните и адаптивни умения на лицето
- Развитието на болестта/разстройствата

Външни фактори

- Възможности за придвижване
- Възможности за достъп до обучение и квалификация
- Условия и възможности за адаптиране на работното място

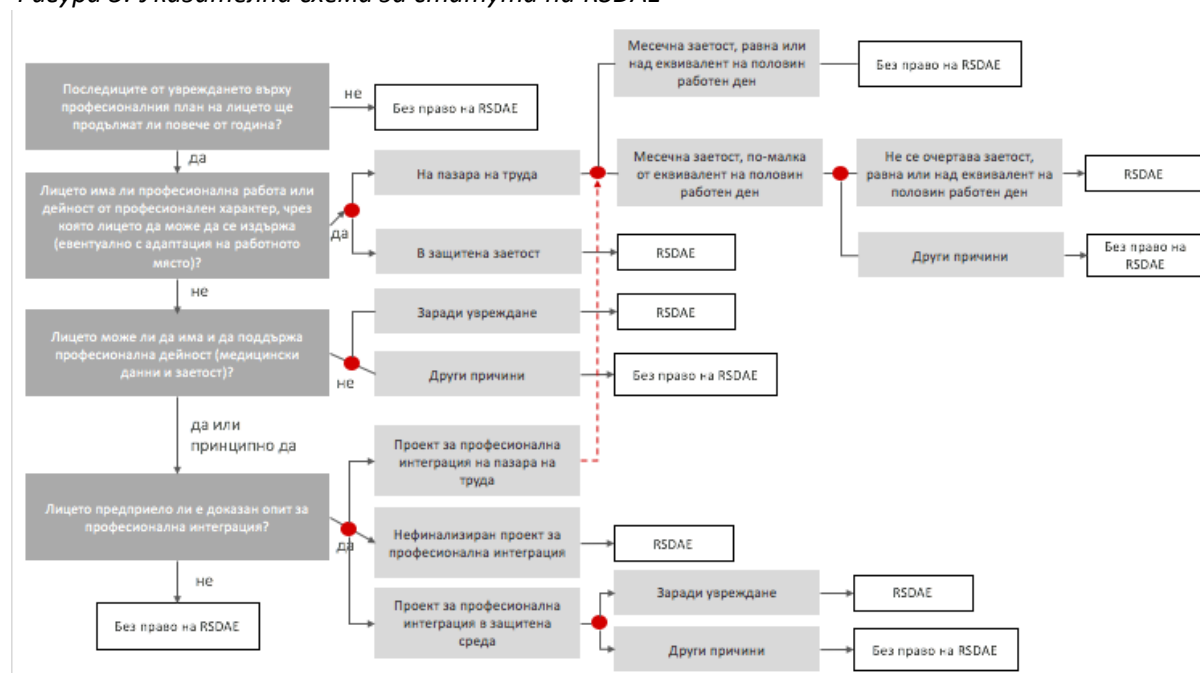
Често намаляването на достъпа до заетост не е резултат от фактори, пряко свързани с увреждането на лицето, а се комбинира с други фактори, които представляват бариери пред заетостта на хора без увреждане. Тези идентифицируеми фактори могат да бъдат от личен характер (социалното и семейно положение, образователната и професионалната история на лицето, придобитите умения, продължителността на бездействие, мотивация. Могат да се идентифицират и други външни за човека фактори, свързани с регионалните условия (състоянието на транспортната мрежа или местния пазар на труда). Тези фактори могат да бъдат взети предвид само като допълнение ако увреждането има пряко влияние върху тях.

Пример: Наличието на продължително прекъсване на професионалната дейност е намаляващ фактор за пригодността за заетост. Това измерение трябва да бъде взето предвид при оценката за RSDAE само ако продължителността на прекъсването е пряко и изключително свързана със заболяването/увреждането. Възрастта сама по себе си не е фактор за намаляване на достъпа до заетост. Въпреки това, по време на оценката е важно да се прецени дали здравословните проблеми, дължащи се на остаряването, биха допринесли за увеличаване на ефекта от увреждането.

⁹¹ Определена дефиниция на RSDAE с Наредба № 2011-974 от 16 август 2011 г., влязла в сила на 1 септември 2011 г. и циркулярно писмо от 27 октомври 2011 г., което описва мерките на приложение.

⁹² <https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA-Technique-eligibilites-web-2.pdf>

Фигура 5: Указателна схема за статута на RSDAE



Проблеми при извършването на оценка на работоспособността

RSDAE е сложна концепция, която не е резултат само от медицинска оценка. Въпреки поясненията, предоставени от текстовете и инструментите, разработени от CNSA за подпомагане на MDPH при оценката на тази концепция, тя остава проблематична за някои от екипите. Въпреки усилията за разработване на инструменти, различията в практиката да между MDPHs са все още налични. Доклад на Генералната инспекция по социални въпроси "Оценка на мерките за заетост и подкрепа за дългосрочно безработни лица с увреждания (2017)"⁹³, където се обобщават някои от затрудненията в извършването на експертиза на работоспособността:

- Интерпретация на текстовете и инструментите на CNSA
- Ограничения върху качеството на информацията, съдържаща се в медицинското свидетелство, предоставено за оценка на функционалните ограничения, произтичащи от патологиите на лицата
- Екипите на MDPHs посочват и трудностите, възникнали при оценката на определени сложни ситуации (психически увреждания; хора, които са много отдалечени от заетостта; хора, които са бездомни; хора, които никога не са работили или които не виждат заетостта като приоритет ...), както и трудни решения за ориентиране във връзка с "гранични" ситуации (например избор между ориентация към обикновената среда в адаптирани предприятия (EA) или в защитения сектор, и насоки в CRP или в обичайно професионално обучение).
- Новия формуляр на заявление се счита също за твърде сложно и неговата оперативност трябва да бъде достатъчно изпитана преди общото му прилагане. Новото медицинско свидетелство също може да повлияе на качеството на информацията, която зависи от времето, което е нужно на лекуващите лекари да го изготвят.

⁹³ <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-124R.pdf>

- Инструментите, които могат да бъдат използвани от MDPH за оценка на пригодността за заетост в сложни ситуации, са недостатъчни: някои екипи разчитат на оценките, извършени от центровете за предварителна ориентация (CPC) или на функционалните оценки, извършени от специализирани служби като звена за оценяване, преквалификация и професионално социално консултиране (UEROS) за хора с неврологични увреждания, но тяхната методика обаче изглежда недостатъчно калибрирана и не присъства в някои региони. Някои MDPHs периодично използват трудови психолози, осигурени от *Pôle emploi* като част от специализираната служба за професионално ориентиране (POPS). Допълнителни инструменти, които се използват от MDPHs, за да се оцени пригодността за заетост са услугите на *Pôle emploi (Cap avenir)* или поставяне на лицето в професионална ситуация. Макар и да липсват специфични инструменти за оценка на пригодността два експериментални проекта са изпълнение през 2011/2012⁹⁴ и 2014/2016г.⁹⁵

3.2. Обмен на информация

Споделянето и обменът на информация, включително за медицински данни, е възможно в рамките на мултидисциплинарният екип на MDPH (член L. 1110-4, въведен от Закона за модернизирание на здравната система, членове R. 1110 и G. 1110-3-4 от Кодекса за общественото здраве). В съответствие със законите относно достъпа до регистрирани документи и закона за правата на болните и за качеството на здравната система, лицето с увреждания или неговият законен представител има достъп до информацията, съдържаща се в неговото досие, включително информация от медицинско естество, в съответствие с процедурите, установени в член L. 1111-7 от Кодекса за общественото здраве. Тази разпоредба важи и за информацията, съдържаща се в ръководството за оценка.

През 2015 г. стартира програмата "Обща информационна система за окръжните ведомства за хора с увреждания". Проведена като програма за трансформация, тя се отнася до качеството на обслужване и равно-поставеността на потребителите, модернизация и опростяване на процедурите. Тази програма ангажира 102 MDPH, 102 окръжни съвети, 17 регионални здравни агенции, три разработчици на софтуер, хиляди медико-социални институции и доставчици и всички заинтересовани администрации (Национален фонд за семейни помощи и неговите местните фондове, Национален пенсионно-осигурителен фонд, Националната печатница (за изработване на карти мобилност), Услугите на *Pôle emploi* и националното образование и др.)

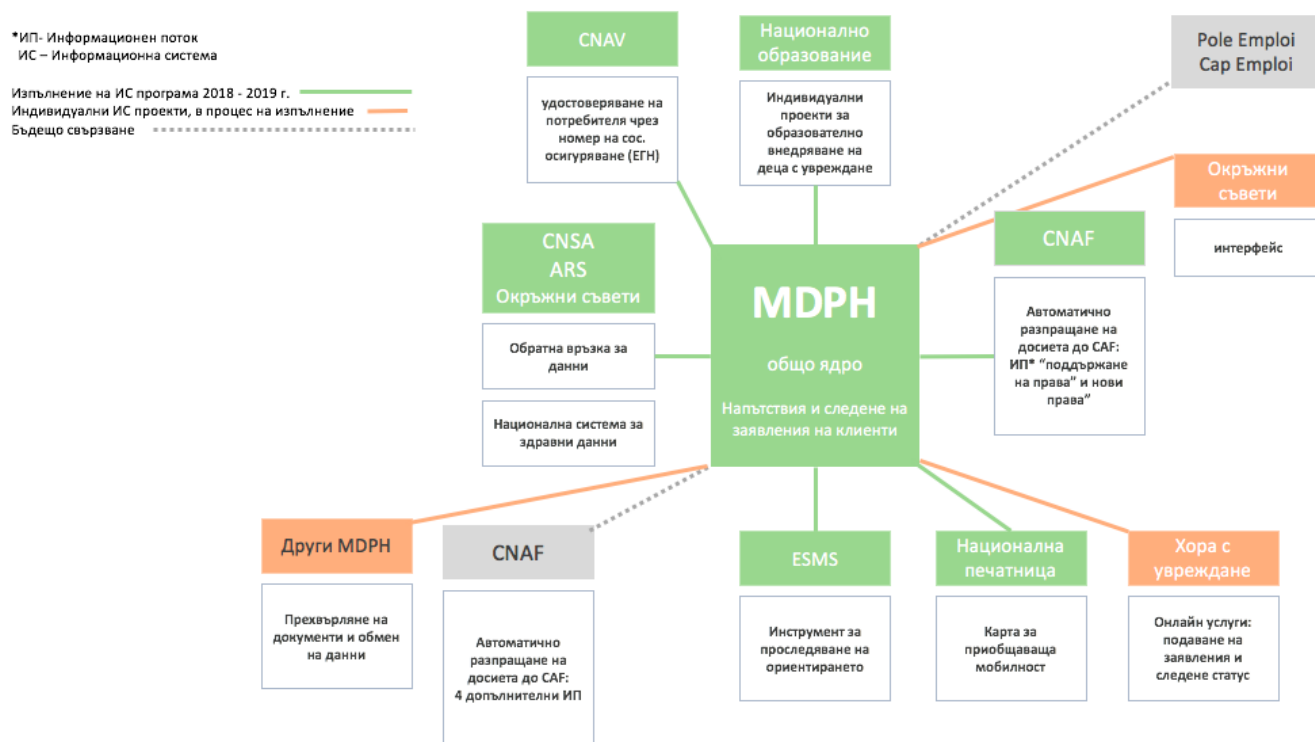
Тази програма е предвидена да завърши през 2019 г.⁹⁶ Други проекти се извършват успоредно, и също се отнасят пряко до информационната система на MDPH, като онлайн услугата за кандидатстване, изборът от регионалните здравни агенции на инструмент за наблюдение на ориентирането в съответствие с референтната рамка на CNSA.

⁹⁴ Доклада на експериментален проект на CSNA и Генерална дирекция за социална кохезия за оценка на работоспособността на ХУ, посредством външен на MDPH оператор. Проектът се пилотира в 10 окръга със 746 лица с увреждане (но не всички са завършили оценката) и е на стойност от 1,6 милиона евро. Доклад на Optim Ressources – Juin 2013 https://www.cnsa.fr/documentation/rapport_d_evaluation_de_l_experimentation_-_employabilite_des_ph_-_juin_2013.pdf

⁹⁵ В 25 окръга с бюджет от 5,7 милиона евро е извършена оценка от Кабинет AMNYOS.

⁹⁶ Общата стойност на програмата е 19 милиона евро. Видео за изпълнението на програмата: http://www.dailymotion.com/Communication_CNSA

Фигура 6: Графика на потока от информация между различните структури, който ще бъде дигитализиран през следващите няколко години ⁹⁷



Рамка за урбанизация⁹⁸ е резултат от Инstrukция № DGCS/SD3B/CNSA/SGMCAS/DSSIS/16/322⁹⁹ от 23 септември 2016 г. която определя рамката за внедряване на информационна система (ИС) за мониторинг на решенията по ориентиране на хора с увреждания в медико- социални служби и институции (ESMS). Тази рамка за урбанизация има за цел да раздели функционалния обхват на ИС за мониторинг на ориентацията и начина на обмен между всички ИС, които допринасят за ориентацията в ESMS на хората с увреждания, по-специално: ИСи на MDPH, ИСи на ESMS, Оперативната директория на ресурсите (ROR), цифровите услуги за потребители (включително достъп до тяхната информация и заявки онлайн) и съществуващите (или пилотни) ИСи на местно и национално ниво (Генерална дирекция "Социално сближаване" на министерството, отговарящо за социалните въпроси, Национална здравноосигурителна каса за наетите работници¹⁰⁰, Национален фонд за солидарност за автономия, Регионална здравна агенция, Окръжните съвети).

⁹⁷ http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/si-mdph_depliant.pdf

⁹⁸ https://www.cnsa.fr/documentation/asip-cnsa_si_suivi_des_orientations_cadre_urbanisation_v1_0_pour_concertation_-_vt7_tm_pour_diff_com_13_04_17.pdf

⁹⁹ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/10/cir_41428.pdf

¹⁰⁰ Допълнително споразумение между CNSA и CNAMTS за периода 2016-2019 организира взаимодействията на двата фонда: https://www.cnsa.fr/documentation/convention_cnamts_2016-2019.pdf

4. Органи за контрол и контролни механизми

4.1. Контрол на качеството и етичен кодекс

Не съществува стандартизирана информация относно подбора, поддържането на капацитета и независимостта на участниците в мултидисциплинарния екип с изключение на следните права и задължения:

- В съответствие с член R 241-24 от Кодекса за социалните и семейни дейности членовете на мултидисциплинарния екип не могат да участват в гласуването на комисията по правата и независимостта и са обект на задълженията, свързани със секретността специалист.
- Членовете на CDAPH и на мултидисциплинарния екип, са обвързани с професионална тайна при условията, предвидени в членове 226-13 и 226-14 от Наказателния кодекс, при спазване на специалните разпоредби, предвидени в член L. 241-10 от Кодекса за социални и семейни дейности.

Всяко окръжно ведомство за хора с увреждания с решение на изпълнителния съвет може да гласува харта с вътрешни правила, които определят начина на работа и етичните принципи на екипите. В рамките на проучването само една харта бе достъпна (MDPH10) която описва регулаторните и етичните принципи, които подкрепят и гарантират споделените от всички членове на мултидисциплинарния екип ценности. Тези ценности са разделени на **етични правила, които трябва да бъдат спазвани от членовете на EPE в изпълнението на тяхната роля.**

- Професионална тайна и поверителност. В съответствие с чл. L262-44 от Кодекса за социално действие и L226-13 от Наказателния кодекс зачитането на професионалната тайна е задължително за всеки член на мултидисциплинарния екип: "Оповестяването на тайна информация от лице, произлизаща от неговия статус или професия, или поради служба или временна мисия, се наказва с лишаване от свобода за една година и 15 000 евро глоба "(чл. 226-13 от Наказателния кодекс);
- Медицинска тайна. В съответствие с Кодекса за медицинска етика (чл.4) и Кодекса за общественото здраве (чл. 4127-4): "Професионалната тайна, създадена в интерес на пациентите, се налага на всеки лекар при условията, установени от закона , Тайната обхваща всичко, което е станало известно на лекаря при упражняването на неговата професия, т.е. не само това, което му е поверено, но и това, което той е видял, чул или разбирал ";
- Управление на административни документи и документи за оценяване. Управлението на административните досиета и различните документи за оценка е отговорност на ръководителите на различните звена на MDPH. Управлението на досиетата и медицинските документи е отговорност на ресорния лекар на ведомството. Тези досиета, документация и административни, медицински и социални документи не трябва да излизат извън ведомството. Членовете на мултидисциплинарния екип могат да се консултират с тези документи в стриктната рамка на тяхната мисия за оценка (в съответствие с правилата, определени в в рамките на процедурните правила.
- Равно третиране на всички потребители. Членовете на мултидисциплинарния екип трябва да осигурят като част от своите оценки и предложения "равнопоставено отношение към всички потребители", живеещи на територията на управление на ведомството. Различните участници се задължават да не "привилегируют" досиетата на своето семейство, тяхното създаване, структура или институция. "Препоръчителите",

които са поканили някои семейства да подадат заявление пред MDPH, не трябва да участват (в тези конкретни ситуации) при оценяването на същите тези досиета.

- Принцип на недискриминация. В контекста на социална или медико-социална оценка или лечение, никой не може да бъде дискриминиран въз основа на своя произход, по-специално на етнически или социален произход, физически вид или характеристики. генетика, сексуална ориентация, увреждане, възраст, политически и религиозни убеждения и мнения.
- Право на подходяща грижа. На лицето с увреждания, подало досие до MDPH, трябва да бъде предложен подходящ План за компенсации и индивидуална грижа, която е най-добре адаптирана към неговите нужди.
- Право на информация. Лицето, което е посрещнато или получава услуги или обезщетения, има право на ясна, разбираема и подходяща информация за грижата и подкрепата, които той / тя иска или получава, както и за неговите права и организацията и функционирането на услугата. Лицето има достъп до информация, отнасяща се до него, при условията, предвидени в закона или в наредбите. Предаването на тази информация или документи от лицата, упълномощени да ги съобщават по закона, се извършва с психологическа, медицинска, терапевтична или социално-образователна подкрепа (№ L161-36-1 от Кодекса за социално осигуряване и членове L1111-1 до L1111-9 от Кодекса за общественото здраве (и заповедите от 5 март 2004 г. и 3 януари 2007 г.); В съответствие с правото на достъп до компютърни данни, определени в членове 39 и 40 от Закон № 78-753 от 6 януари 1978 г. (изменен през август 2004 г.)
- Принцип на свободния избор и информираното съгласие на лицето. Лицето, което получава грижата, има свободен избор на грижи, необходими за своите нужди, сред различните видове предлагани услугите и грижи; Трябва да се потърси информираното съгласие на лицето, като то се информира и изрази разбиране относно всички средства, адаптирани към неговото положение, условията и последствията от грижите му. Когато информираното съгласие не е възможно поради неговата или нейната млада възраст или състояние, такъв избор или съгласие се упражнява от семейството или от законен представител с установяване, обслужване или други форми на грижа.

Членовете на екипа за мултидисциплинарна оценка (ЕРЕ) могат да назначават за срок от 2 години от датата на учредяване на комисията за права и автономия до това те да имат неограничен мандат. Основните и установени членове на ЕРЕ са медицинския съветник на MDPH, технически секретариати на всяка от специализираните секции на Комисията за правата и автономността на хората с увреждане, доктор-медик по въпросите на националното образование, медицински съветници по въпросите на възрастните, социални работници по въпросите на младежта, административен секретариат на MDPH. В съответствие с член R.146-27 от CASF (Указ № 2005-1587 от 19 декември 2005 г.), съставът на мултидисциплинарния екип на MDPH може да се развие, както следва: *"Мултидисциплинарният екип, посочен в член L. 146-8, обединява професионалисти с медицински или пара медицински умения, умения в областта на психологията, социалната работа, обучението в училище и университетите, заетостта и професионално обучение. Съставът трябва да позволява оценката на нуждите от обезщетения за увреждане, независимо от естеството на искането и вида на увреждането; този състав може да варира в зависимост от особеностите на положението на лицата с увреждания".*

Като пример, в MDPH 10, съставът на мултидисциплинарния екип по въпросите на Възрастните ХУ е както следва:

- За медицинска експертиза (четирима членове): лекар от ИТЕС, ресорен лекар на ведомството, трудов лекар, психолог на ведомството.

- За професионално ориентиране (13 члена): референт за професионална интеграция на ведомството, административен представител на отдела за възрастни, координатор на мултидисциплинарния екип, ресорен лекар на ведомството, лекар по трудова медицина, психолог от центъра за заетост (*Pôle emploi*), агент от центъра за заетост, социален асистент от MSA, социален асистент от CARSAT, социален асистент от APEI, Представител на *Cap Emploi*, представител на местната мисия, представител на ESMS.

Мултидисциплинарният екип на MDPH 10 заседава според вида услуги. За финансиране на компенсации от всеки ден до веднъж седмично, за професионално ориентиране веднъж в месеца.

4.2. Обжалване на решения

4.2.1. Вътрешно помирение и приятелско разглеждане на спорове¹⁰¹

Хората с увреждания могат да обжалват решенията на CDAPH, които не им дават удовлетворение. Когато лице с увреждания, родителите му, ако той е непълнолетен, или неговият законен представител смятат, че решението на CDAPH пренебрегва правата му, те могат да поискат намесата на квалифицирано лице, отговарящо да предложи помирителни мерки. Това лице трябва да изпълни условията, посочени в член R. 146-32 от Кодекса за социални и семейни дейности, и да изпълнява задълженията си при условията, посочени в член R. 146-35 от същия кодекс. MDPH отговаря за създаването и организирането на тази вътрешна процедура по съгласуване и за създаване на списък на помирителите, който е на разположение на потребителите.

За да изпълни мисията си за помирение, лицето, определено като помирител, може да има достъп до преписката на лицето с увреждания, притежавана от MDPH, с изключение на медицинските документи. Той е обвързан с професионалната тайна при условията, предвидени в членове 226-13 и 226-14 от Наказателния кодекс. Той има два месеца, за да изпълни тази мисия, по време на която се спира периодът на съдебно производство. Отговорността завършва с изготвянето на доклад за мисията, съобщено на заявителя и на MDPH. Това уведомление преустановява периода за обжалване. Констатациите на квалифицираното лице и изявленията, направени от квалифицираното лице, не могат да се представят или да се позовават в останалата част от производството без съгласието на страните.

Освен това, като част от общата мисия за консултиране и придружаване на лица с увреждания и техните близки и без да се засягат съществуващите средства за защита, всяко MDPH определя лице, отговарящо за получаването и насочването на индивидуалните жалби на хората с увреждания или техните представители към съответните служби и органи.

4.2.2. Ескалиране на жалби

При административен отказ на CDAPH първо се сезира приятелска апелативна комисия (CRA). При отхвърляне от CRA може да се обжалва в Съда по социална сигурност (TASS), а след това в апелативния съд и касационния съд.

При медицински отказ се обжалва първо пред CDAPH, след това, ако жалбата е отхвърлена се сезира съда по въпросите на уврежданията (*Tribunal du Contentieux de l'Incapacité* - TCI), а след това националния съд за недееспособност, и касационния съд.

¹⁰¹ Практическо ръководство за съгласуване / посредничество / обжалване от MDPH:
http://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/cnsa_-_guide_pratique_mdphe.pdf

Решенията на CDAPH, попадащи под членове 1 и 2 от член L. 241-6 на CASF, взети по отношение на възрастен с увреждания в областта на професионалното преквалификация, адаптирана или защитена работа и 4 ° от I от същия член може да бъде обжалван пред административния съд.

Жалбите, свързани с физическо или юридическо лице на частното право, които не изпълняват работата си по предоставяне на обществена услуга, се предават от отговорното лице или на компетентния орган, или на компетентния инспекционен и контролен орган.

Жалбите, отнасящи се до администрацията, местни органи, обществени служби или други органи, натоварен с обществени услуги, се предават от отговорното лице на Защитника на правата (*Défenseur des droits*¹⁰²). Защитникът на правата е независима държавна институция. Създадена през 2011 г. и вписана в Конституцията, тя е натоварена с две мисии: да защитава хора, чиито права не се зачитат и да се осигури равенство за всички в достъпа до права. Всяко физическо лице (личност) или всяко юридическо лице (дружество, сдружение и др.) може да сезира директно и безплатно Защитника, когато: счита, че е дискриминирана; констатира, че представител на закона и реда (полиция, жандармерия, митници ...) или частен (служител по сигурността ...) не спазва правилата за добро поведение; има затруднения в отношенията си с обществените услуги (Фонд за семейни помощи, Център за заетост, пенсиониране ...); счита, че правата на дадено дете не се спазват. Защитникът на правата обединява четири институции: Омбудсмана, Защитника на децата, Върховния орган за борба с дискриминацията и за равенството (HALDE) и Националната комисия за етика на сигурността (NSDC). Близко 250 души работят в централата на Защитника на правата в Париж. Във Франция и в чужбина близо 500 делегати са на разположение на ищите.

5. Координация и сътрудничество с други органи и институции във връзка с ЕР

5.1. Други структури, които участват в подкрепата на хората с увреждане

5.1.1. Национален консултативен съвет по въпросите на хората с увреждане¹⁰³

CNCPH е създаден със Закона за ориентацията на хората с увреждания от 30 юни 1975 г., а разпоредбите, приложими към тези случаи, са кодирани в членове L. 146-1 и D. 146-1 до D. 146-9 от Кодекса за социални и семейни дейности (CASF). Това е консултативен орган, който гарантира участието на хората с увреждания в разработването и прилагането на политики, които ги засягат. CNCPH в момента се състои от 116 пълноправни членове, всеки със заместник, с изключение на двамата парламентаристи, предложени от техните съответни генерални събрания. Мандатът на всички членове на този орган е три години. Председателят и заместник-председателите се назначават от министъра, отговарящ за политиката за хората с увреждания. Председателят се назначава на мандат и може да бъде подновяван. CNCPH може да бъде консултиран за съвет относно всеки текст, който засяга живота на хората с увреждания. Той може да се само-инициира действия по всеки въпрос относно политиката за хората с увреждания. Законът от 11 февруари 2005 г. предвижда, че той трябва да се произнася по всички проекти на регулаторни текстове засягащи живота на хората с увреждане. Като цяло този закон дава мисия за оценка на положението на хората с увреждания и предложения за действия в парламента и правителството. Освен това (съобщено в циркуляра

¹⁰² <https://www.defenseurdesdroits.fr>

¹⁰³ <https://www.gouvernement.fr/conseil-national-consultatif-des-personnes-handicapees-cnccph>

на министър-председателя от 4 септември 2012 г.) се очаква всеки законопроект да вземе предвид въпроса за уврежданията сред неговите разпоредби. По този начин всички министерски отдели са поканени да интегрират проблема с уврежданията в изпълнението на обществените политики, които водят. Секретариатът на CNCPH се осигурява от Генералния секретар на Междуведомствения комитет по увреждания (CIH). Пленарната асамблея на CNCPH провежда заседание най-малко веднъж месечно, или общо 11 на година (без заседание през август). CNCPH има осем специализирани комисии, които също се срещат поне веднъж месечно - "Достъпност и универсален дизайн", "компенсации и ресурси", "Организация и институционална съгласуваност", "Образование ", "Обичайна заетост, адаптирана заетост и защитена заетост", "Здравеопазване - благополучие – добро третиране", "Европа – Международни съглашения - Конвенция на ООН" и "Култура и гражданство".

5.1.2. Окръжни съвети за гражданство и автономия

Окръжни съвети за гражданство и автономия (CDCA)¹⁰⁴ от 2017 г. заменят два органа, които са съществували досега – Окръжните консултативни съвети за хора с увреждания (CDCPH) и Окръжните комитети на пенсионери и възрастни хора (*Coderpa*). Те имат за цел да действат в същия дух като CNCPH, но на ниво регион. Създадени в цялата страна, те имат за цел да спомогнат за засилване на участието на потребителите и техните семейства, участващи в местните асоциации, в разработването и наблюдението на обществените политики, които ги засягат, като се консултират с представители на местните институции и специалисти в областта на уврежданията и активното стареене. Двете специализирани групи на CDCA, с равен брой членове до 48 души, се състоят от четири колегии: представители на потребителите; представители на държавни институции и социално осигуряване; представители на организации и професионалисти, които се намесват в полза на заинтересованата общественост (хора с увреждане и възрастни); представители на физическите или юридическите лица, засегнати от политиката на автономия и гражданство. CDCA е компетентна да изрази становище относно изготвянето на схеми, свързани с лица с увреждания или възрастни хора със загуба на автономия под ръководството на председателя на окръжния съвет¹⁰⁵.

5.1.3. Асоциация за управление на фондове за професионална интеграция на хора с увреждания

Agefiph е асоциация, създадена със закон от 10 юли 1987 г. (заедно с установяване на задължение за 6% от работещите частни фирми с 20 или повече служители да са работници с увреждане) и администрирана от представители на всички участници в политиката по заетостта на хората с увреждания.

Мисия: Agefiph предоставя финансова подкрепа и услуги, изпълнявани от мрежа от партньори, избрани от нея. Засилена в ролята си през 2005 г. с мисия да насърчава професионалната интеграция и задържането на работа на хора с увреждания в частни компании. С финансовото право от 2011 г. държавата прехвърля на администрацията на Agefiph: разглеждането на исканията, направени от компаниите да се възползват от признаването на тежестта на увреждането (RLH), финансиране и изпълнение на квалификационни и сертификационни курсове за професионално обучение на търсещи работа лица с увреждания, изплащането на премията за преквалификация на завършилите Центрове за професионално образование

¹⁰⁴ Указ № 2016-1206 от 7 септември 2016: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/9/7/AFSA1609280D/jo/texte>

¹⁰⁵ За повече информация: <https://blogavocat.fr/space/olivier.poinsot/content/gouvernance-creation-du-cdca>

(CRP). От 1 януари 2013 г. Agefiph управлява и контролира задължителната годишна декларация за заетост на работници с увреждания (DOETH), направена от фирми.

Дейности към хора с признат статут на увреждане: Agefiph улеснява достъпа и поддържането на заетост в обикновена работна среда на лица, признати за лица с увреждания в дружествата от частния сектор. Лицата с увреждане трябва да попаднат в една от следните категории: търсещ работа; служител в предприятие от частния сектор в обикновена работна среда; стажант на професионалното обучение в нормална среда; независим работник; или студент на висше образование в задължителен стаж в бизнеса. Agefiph предоставя финансова помощ на лицето и подкрепя от специалисти от партньорски мрежи (*Cap Emploi*) за намиране на работа, създаване на професионален план за развитие (вкл. и оценка на ограниченията и възможностите за лицето и осъществимостта на плана за развитие), за запазване на настояща работа (вкл. посредством подкрепена заетост или професионална преориентация във фирмата), за обучения, и за предприемачество. Финансовата помощ може да бъде за покриване на разходите, направени за придвижване към мястото на работа (пътни разходи, облекло, адаптиране на превозни средства, шофьорски курс, учебни материали), за технически способности, за обучения, за стартиране на бизнес, за помощници, и за слухови протези¹⁰⁶.

Дейности към предприятия: Условието е предприятията да са регистрирани и да функционират във Франция, и да нямат просрочени социални задължения. Agefiph предлага техническа и финансова помощ за прилагане на политиката си за заетост за хора с увреждания – наемане на работници с увреждания, поддържане на работни места, включване на увреждания в политиката на човешките ресурси на фирмите.

Капацитет и структура: повече от 350 служители работят в Agefiph в около 30 различни професии¹⁰⁷ в рамките на една централа (30%) и 14 регионални делегации (70%). Agefiph се управлява от съвместен Съвет на директорите, който определя неговата политика. Съветът на директорите е съставен от три колегии от пет члена: работодателска колегия: MEDEF, FNSEA, CPME; колегия на служителите: CFDT, CGT, FO, CFTC, CFE-CGC; колегия на асоциациите: UNAPEI, CFPSAA, FNATH, APF, UNAFAM. Съветът също има трима квалифицирани експерта, назначени от всяка от колегиите, както и двама квалифицирани експерта, назначени от държавата. Изпълнителният комитет се състои от седем дирекции: Стратегия и прогнози; Административни и финансови; Професии и занаяти; Човешки ресурси; Информационни системи; Комуникация; Рискове и правни въпроси.

В централата се изпълняват решенията на управителния съвет, предоставят се технически елементи, необходими за вземането на решения и докладите за предприетите действия. Agefiph е един от органите под контрола на Министъра на труда, заетостта и здравеопазването. Той изпълнява мисия за обществена услуга, която е част от споразумение, подписано с държавата и подновено на всеки три години.

Всяка година министърът одобрява бюджета и разпределението на фонда на асоциацията. Agefiph също подлежи на контрол от страна на Главния инспекторат по социални въпроси и Сметната палата. През 206 г. приходите на Agefiph възлизат на 450,2 милиона евро, като разходи към клиентите им възлизат на 402,7 милиона (59% за трудова интеграция и 36% за запазване на работа). Разходите за функциониране възлизат на 47,5 милиона евро¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Повече информация на <https://www.agefiph.fr/Personne-handicapee/Trouver-un-emploi>

¹⁰⁷ <https://www.agefiph.fr/A-propos-de-l-Agefiph/Ressources-humaines>

¹⁰⁸ Актуална критика относно високите оперативни разходи на AGEFIPH и FIPHFP <https://www.handirect.fr/agefiph-fiphfp-cour-des-comptes/>

5.1.4. Фонд за включване на хората с увреждания в държавната служба

Fiphfp е организация, създадена с Постановление № 2006-501 от 3 май 2006 г. (базирано на закон 102 от 2005) и има статут на публична административна институция, чието управление е възложено на Фонда за депозити и консигнация (*Caisse des Dépôts et Consignations*). Събраните суми (на същия принцип като Agefiph за частния сектор) идват от вноските на държавни работодатели, които не отговарят на задължението за заетост на 6% от хората с увреждания. В замяна на това фондът финансира помощ за насърчаване на интеграцията на хората с увреждания в държавната администрация. Във всеки регион местен комитет (общо 14) управлява въпросите, свързани с функционирането на фонда на регионално ниво. Съставен от двадесет членове, всеки местен комитет се председателства от регионалния префект или негов представител. Научният съвет е консултативен орган на Fiphfp, натоварен с подхранването на дебатите на Националния комитет, за да може той да допринесе за обогатяване на отразяването на Фонда и неговите надзорни органи при прилагането на обществени политики за социално-професионално приобщаване на хората в ситуация инвалидност. За 2016 г. Фондът разполага с 132 милиона евро (от вноски) като е финансирал публичния сектор в рамките на 157 милиона от които 63 милиона в рамките на 95 споразумения (6 споразумения с Държавната централна администрация, 76 споразумения с регионални власти и 13 споразумения с държавни болнични заведения).¹⁰⁹

5.1.5. Асоциация, управляваща, споразумението за задължение за наемане на работници с увреждания

ОЕТН¹¹⁰ обединява Френския Червен кръст (колективен договор на Френския Червен кръст), ФЕНАР (Федерация на частни болници и социални институции с нестопанска цел, колективен договор 51), SYNEAS (Синдикат на асоциативните работодатели в социалното и медико-социално действие, колективен трудов договор 66) и синдикатите CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT и FO около споразумение, което благоприятства наемането на работници с увреждания. Подобно на Agefiph и Fiphfp обединението осигурява събирането на финансови вноски от членовете на споразумението, свързани със задължението за 6% заетост на работници с увреждания. Благодарение на събраните средства ОЕТН финансира всяка година в същите тези институции, действия, насочени към насърчаване на интеграцията и поддържането на заетостта на хората с увреждания. В мрежата на ОЕТН участват повече от 14 400 структури и 447 000 служители.

5.1.6. Cap Emploi

Специализирани агенции за намиране на работа за хора с увреждания. Cap emploi разполагат с 98 агенции, които Agefiph съфинансира съвместно с *Pôle emploi* и Fiphfp. Мисията на Cap Emploi е местно осигуряване на близка до лицето с увреждане услуга за подпомагане на търсене на работа и близки до фирмите услуги за подбор, интегриране и поддръжка на служители с увреждане.

¹⁰⁹ Годишен доклад на агенцията: <http://fiphfp.publispeak.com/rapport-activite-2016/com/ipedis/publispeak/client/contents/pdf/FIPHFP-RA2016-FR.pdf>

¹¹⁰ Годишен доклад на ОЕТН - http://www.oeth.org/files/RAPPORT_ACTIVITE_OETH_2016.pdf

5.1.7. Медико-социални институции и служби

Общо 21 741 медико-социални институции и служби (ESMS)¹¹¹ под различни форми на финансиране (включително здравно осигуряване), осигуряват грижи за възрастни хора и хора с увреждания в цялата страна. Капацитет за настаняване: 494 000 места за инвалиди и 877 146 места за възрастни хора. За сектора на хората с увреждания повечето институции и услуги са резултат от инициативите на родителите. Асоциативното управление преобладава почти изцяло (89% нестопанска цел, 10% държавни), а търговският сектор почти отсъства (1%). Различни видове институции и услуги съществуват, насочени към различни хора и ситуации. Те трябва да насърчават достъпа до правата на лицата, като осигуряват превенция и скрининг, подкрепа в обикновена среда на живот или институционална подкрепа.

¹¹¹ Повече информация за различните видове институции и услуги: <https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-esms-quest-ce-que-cest>

РАЗДЕЛ 2

ИТАЛИЯ

1. Законодателна рамка, свързана с ЕР на хората с увреждания

1.1. Стратегически документи - стратегии, планове и програми за ЕР на хора с увреждания

Политиките за подкрепа на лицата, които не са самостоятелни или с увреждания, са предназначени да играят все по-голяма роля в политическата програма на регионалните и национални администрации през следващите десетилетия. С постановлението на президента на републиката от 4 октомври 2013 г. Италия приема първата "Двугодишна програма за действие за насърчаване на правата и интеграцията на хората с увреждания". За първи път състоянието на увреждането е представено в неговата цялост, не само като проблем, свързан с благосъстоянието, ограничен в периметъра на политиките за "благодеяние", но и свързан с защита на права, които да бъдат проследени в цялата политика и администрация. В предложението на втората Двугодишна програма за действие за насърчаване на правата и интеграцията на хората с увреждания за 2017-2018 г.¹¹² (вписана в Д.В. №289 на 12-12-2017) са потвърдени седемте цели на направления от предходната програма и е добавено осмо направление:

- 1) Признаване / сертифициране на състоянието "увреждане" и многоизмерната оценка, насочена към подпомагане на системата за достъп до персонализиран план за грижи и развитие
- 2) Политики, услуги и организационни модели за независим живот и включване в обществото
- 3) Здраве, право на живот, овластяване и рехабилитация
- 4) Образователни процеси и училищно включване
- 5) Работа и заетост
- 6) Насърчаване и прилагане на принципите за достъпност и мобилност
- 7) Международно сътрудничество
- 8) Разработване на статистическа система и отчитане на изпълнението на политиките

Всички направления имат отношение към експертизата на работоспособността и трудовата интеграция на ХУ, като най-важните са приоритет 1 и 5.

Приоритет 1: Новата програма за действие предвижда широка и структурна реформа на сегашната система за сертифициране на състоянието на хората с увреждания - система, която в предишната програма широко се описва като остаряла, сложна, което създава възможни неравенства, във всеки случай далеч от принципите на Конвенцията на ООН. Програмата изисква делегиран закон, който да разглежда въпроса по всеобхватен начин, да унифицира правилата за гражданска инвалидност и хандикап и да създаде условия за взаимодействие между отговорностите за признаване на увреждания, които да останат на национално равнище, и специфичните многомерни оценъчни действия на регионите. Към дейността на регионалните структури трябва да бъде възложена роля за придружаване на хора с увреждания при разработването и изясняването на тяхния "персонализиран проект" на интервенция с пренасочване на цялата подкрепа, необходима за социалното приобщаване и упражняването на техните права. Две специфични интервенции се посочват в рамките на този приоритет:

Първата е разделянето на оценката на две фази:

¹¹² http://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/PDA_Disabilita_2016_Agosto2016.pdf

- 1) първата фаза е наречена "основна" фаза на оценка-признаване (която също така да гарантира елементи за по-сложната и последваща многомерна оценка на уврежданията) с цел определяне на структурите и функциите на тялото, които в настоящата система изискват различни оценки (граждански инвалиди, статус на хандикап, увреждане тип намалена работоспособност съгласно Закон № 68/99, увреждане на ученици), които отварят достъпа до обезщетения, индивидуални и специфични здравни услуги или помощни средства;
- 2) втората фаза е така наречената "многомерна оценка", която има за цел да разпознае състоянието на увреждането, с цел да очертае и координира необходимите интервенции в полза на лицето в контекста на конкретен личен проект, разработен с неговото пряко участие. Индивидуалният проект би трябвало да посочи инструментите, ресурсите, услугите, мерките, и разумни условия, необходими за компенсиране на ограниченията на дейностите (*activity*) и участието (*participation*) в различните области на живота и в различните житейски контексти (включително заетост и образование).

Втората интервенция е "Осигуряване на технически ръководства и инструменти на системата за признаване". Интервенцията е насочена към изготвяне на ръководни документи и координиращи актове на централните администрации, на INPS, и съгласуване с регионите и автономните провинции за организиране на дейността по признаване на правата, създаване на референтната информационна система и системи за оперативна съвместимост, достъп до данни и разработването, актуализирането и поддържането на основни и многоизмерни инструменти за оценка. Цели се създаване на технически средства за пълната система по признаване, които да са научно и оперативно адекватни, за да се гарантира хомогенност, качество, недискриминация и възможност за контрол и мониторинг. За постигането на първата интервенция планът определя 13 конкретни стъпки, а за втората – 5 стъпки, със съответни отговорни страни и важни институционални партньорства.

Приоритет 2: Планът също така предлага важна серия от интервенции, целящи своевременното актуализиране на конкретни аспекти на законодателството, за да стане по-ефективно при предлагането на възможности за работа и безопасност на работниците. Специфичните насоки на работа се отнасят до качеството на услугите за целева трудова интеграция/трудоустройство на цялата територия на страната. За големите компании се предлагат инициативи като създаването на корпоративна обсерватория и "мениджър на уврежданията" с цел насърчаване на включването на работниците с увреждания на работното място. Приоритетът предвижда три целенасочени интервенции: Идентифициране на специфични интервенции за подобряване и регулаторна интеграция с цел актуализиране на законовата уредба, и интервенции по отношение на технически и организационни мерки за подобряване дейността по целенасочено трудоустройство.

Понастоящем действията и политиките на Министерството на труда и социалната политика на Италия в областта на уврежданията се развиват в две различни и допълващи се области: Социална политика: защита и насърчаване правата и равните възможности на лицата с увреждания и несамостоятелните лица; и Трудова политика, налагайки общи насоки за прилагане на законодателството за заетостта на хората с увреждания

Социалните интервенции са насочени към постигане на пълно социално приобщаване на лицата с увреждания и тези, които не са самостоятелни. Целта е да се изгради "общество за всички" и чрез премахване на причините, които възпрепятстват или ограничават достъпа до различните области на живота на хората. Тези инициативи се определят и в изпълнението на националното законодателство и ангажиментите, поети на общностно и международно равнище, особено по отношение на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.

Реформата на публичната администрация създава *Национален Съвет за интеграция в работната среда на хора с увреждания* (чл. 10 на Законодателен декрет от 25 май 2017, №75 в сила от фев. 2018г.) Целта е да се насърчи наемането на хора с увреждания по Закон 68/1999 (целево наемане) в публичната администрация и да се подобри качеството на включването на работници с увреждания. В Държавен вестник от 3 април, 2018 г. е обявено официалното създаване на Съвета, състоящ се от 12 члена: четири министерства (на труда, на здравеопазването, на равенството и на публичната администрация), представители на INAIL, на новата ANPAL (Национална агенция за активната политика на труда), представител на регионите и един представител на общините, двама синдикални лидери и по представител на всяко от сдруженията на хората с увреждания FAND (Федерация на националните асоциации на хората с увреждания) и FISH (Италианската федерация за преодоляване на хандикап). Съветът ще има за задача изготвянето на планове, програми и насоки за изпълнение на задълженията, предвидени в Закон 68/1999 относно правото на труд на ХУ, за проверка на спазването на задълженията за оповестяване на информацията относно задължителната заетост, както и да предложи на публичните администрации иновационни мерки, насочени към подобряване на равнищата на заетост и повишаване на стойността на работниците им с увреждания.

Друг стратегически документ е и Националният план за рехабилитация (2010 г.)¹¹³, изготвен от Работната група за рехабилитация към Министерството на здравеопазването, който отбелязва, че почти всички региони са включили рехабилитацията в здравните си планове, но не са преодолявали проблемите, произтичащи от недостатъчната класификация на структурите, пътищата и интервенциите. Документът също така отбелязва силния дисбаланс в обема на дейностите и разпределението на услугите между отделните региони и недостатъчното реализиране на непрекъснатостта на грижите чрез пълна и ранна грижа на лицето с увреждане. Планът идентифицира индивидуалния рехабилитационен проект като отправна точка и отдела за рехабилитация като организационен модел, който обединява различните начини на изпълнение на рехабилитационната интервенция. Планът предлага работещ модел на цялата система от типа на био-психо-социални и интердисциплинарни услуги, включително ясно определен достъп до системата за социални грижи и начин на цялостно участие (и на пациента и на предоставящите грижи) при оценката и определянето на индивидуализирания проект на лицето. По-специално той подчертава необходимостта да се осигури непрекъснатост на грижите, както по отношение на хоспитализацията, така и в териториалното прилагане на грижите. Като гаранция за цялостното управление на системата за грижи се създава "отдел за рехабилитация", организационна структура в рамките на ASL, която също така осигурява координация и интеграция с акредитираните структури и доставчици на услуги.

1.2. Нормативни актове, регламентиращи изисквания, свързани с ЕР на ХУ

Италианската социална система се организира на две различни нива: национална и регионална. Всеки един е независим и се регулира от собствените му закони, въпреки че съществуват национални актове, определящи някои правила и ограничения за организацията на местните услуги и процедурите за оценка на уврежданията.

В Италия правният източник за защита на хората с увреждания е преди всичко в **Конституционните принципи**. Член 2 въвежда задължението за осъществяване на политическа, икономическа и социална солидарност, докато в член 3 се посочва необходимостта от премахване на икономическите или социалните пречки, които ограничават свободата и равенството на гражданите. Освен това член 38 от Конституцията на Италия

¹¹³ <https://www.socialesalute.it/articolo/25-il-piano-nazionale-di-indirizzo-per-la-riabilitazione>

определя видовете интервенции по отношение на гражданите, които не могат да работят и нямат собствени средства за издръжка, и към работници с намалена работоспособност. Той гласи *“хората с увреждане имат право на образование и професионално начало”*. Това право е гарантирано чрез целево назначаване/трудоустройство. Компаниите с повече от 15 служители трябва да запазят част от работните места за ХУ. Въпреки, че като цяло работодателите може свободно да изберат кой да наемат, има условия, при които те са длъжни да приемат квота на работници, които заслужават специална защита, т. нар. резерви.

Най-важният италиански закон за хората с увреждания е **закон № 118**, одобрен през 1971 г., който регламентира обезщетения за инвалидност и пенсията за неспособност, осигурявайки директни икономически ползи на стойност близо 10 милиарда евро годишно. Оценката на гражданската инвалидност се извършва от Интегрирана медицинска комисия, чиято преценка се основава предимно на табличен списък на увреждания, отговарящи на "процент на инвалидност". Пенсията за неспособност (дългосрочно обезщетение) се изплаща месечно, когато загубата на работоспособност е 100%, докато хората (на всяка възраст) с продължителна неспособност за ходене или за извършване на основни дейности от ежедневието, получават допълнителни обезщетения.

Закон № 104, одобрен през 1992 г. и вдъхновен от концептуалната рамка на ICIDH-80, урежда сертифицирането на хандикап, въпреки че не са предложени национални насоки за организиране на дейността на оценителите. Според този закон лицата с увреждания са тези, които имат *“физическо, психическо или сетивно увреждане, което може да бъде или стабилизирано или прогресивно и причинява неравностойно положение или отчуждение за учене, взаимоотношения, или социум”*. Оценката се прави от мултидисциплинарна комисия, която може да установи две различни степени на тежест на увреждането. Най-тежката степен дава право на специфични услуги и рехабилитационни интервенции. Същото лице може да комбинира предимствата и услугите, предвидени в закон №. 118/1971 г. и закон №. 104/1992 и по този начин да има признат статут на инвалид и на човек с хандикап. Допълнително чл. 19 от закон № 104/92 разширява прилагането на правилата за задължително трудоустройство към лица с психически увреждания с работоспособност, която позволява тяхната заетост и това, че за целите на започване на работа оценката на лицето с увреждане трябва да отчита относителния си работен капацитет, а не само физическото или психологическото увреждане. Член. 19 от закона п. 104/92 предвижда също способността за работа се установява от комисиите, отговорни за установяване на увреждането, посочени в член 4 от закона, допълнени от специалист по неврологични, психиатрични или психологически дисциплини¹¹⁴.

Закон № 68 за правото на труд на хората с увреждания, одобрен през 1999 г., предоставя услуги и подкрепа за хора в трудоспособна възраст (между 18 и 65 години), които имат намаление на работния капацитет. Лицето има право да бъде оценявано за подходяща работа въз основа на неговото функциониране, със или без специализирани помощни услуги. Законът насърчава трудовата интеграция на хората с увреждания чрез подкрепа в услуги и задаване на квоти за целенасочена заетост. В годините след въвеждането на Закона 68/99 всички италиански региони издават регионални укази за трудоустройство. Целевата заетост (чл. 2) се основава на пет ключови понятия: Ориентация: създаване на проект за живот (*progetto di vita*), осъзнаване на уменията, човешките връзки, потенциал и способности; познаване пазара на труда, определяне на личностни цели - житейска, социална и трудова; Образование; Опит; Мотивация и Отговорност.¹¹⁵ Законът предвижда, че за всеки човек с увреждания трябва да се

¹¹⁴ <https://www.superabile.it/cs/superabile/lavoro/collocamento/strumenti-per-inserimento-lavorativo/20170515e-l-inserimento-lavorativo-persone-disabilita-psichica.html>

¹¹⁵ Academic Network of European Disability experts (ANED) – VT/2007/005 - <http://www.disability-europe.net/downloads/440-it-employment-report>

извърши диагностика, за **да се проследи трудово-социалния профил**, така че Агенцията по заетостта да може, да има подробно познаване на трудовия потенциал на лицето с увреждане. Системата за целево работно място съгласно закона е насочен към хора в трудоспособна възраст с физически, психически, сензорни, интелектуални и релационни увреждания както и на хората с:

- над 45% гражданска инвалидност, и с над 33% неработоспособност;
- пълна слепота или слепота остатък от не повече от една десета в двете очи с корекция;
- глухота при раждането или преди научаването на говора;
- увреждане следствие на военна/гражданска защита.¹¹⁶

Целевото назначение съгласно Закона се определя като *тази серия от технически и помощни средства, които позволяват адекватно да оценяват хората с увреждания в техните трудови способности и да ги поставят на правилното място, чрез анализ на работата, форми на подкрепа, положителни действия и решения на проблеми, свързани със среди, инструменти и междуличностни взаимоотношения в рамките на ежедневната работа и взаимоотношения*. По същество законът започва от допускането, че не може да има априори изключване от пазара на труда, защото не винаги определен тип или степен на увреждане отговаря на намаляването или липсата на професионални умения. Следователно, хората с увреждания, които се стремят към работа, която отговаря на техните способности и на предписаните изисквания, трябва да се регистрират в съответните списъци, които се съхраняват в Териториалното бюро по труда, което записва в специални профили компетенциите, уменията и наклонностите, както и естеството и степента на увреждане, и анализира характеристиките на поставените длъжности, благоприятстващи срещата между търсене и предлагане на работа (т.нар. персонализирани пътища).

Съгласно член 18, дружествата с повече от 15 работници трябва да наемат работници с увреждания (от 15 до 35 работници трябва да наемат 1 човек с увреждания, до 50 работници 2 и над 51 работници, те трябва да наемат определен брой лица с увреждания, равен на 7% от заетите лица); те също така трябва да наемат сираци и бежанци и др. в рамките на 1% от заетите работници. Законът 68/99 организира всяка година фонд от 31 000 000 евро, за да: освободи фирмите от социални осигуровки за ХУ до 100% и до осем години пропорционално на увреждането на наетите работници; да възстановят частично разходите за приспособяване на работната среда. В противен случай Окръжните бюро по труда (*Direzione provinciale del lavoro*) упражняват санкции за работодателите.

Следва да се отбележи, че оценката на условията на увреждане, предвидени в чл. 1 - ал. 4 от Закон 68/99 се осъществява по реда, указан в Указ на министър-председателя от 13.01.2000 г. Тази оценка, свързана с остатъчния капацитет, позволява достъп до системата за наемане на хора с увреждания и по-специално до целеви пътища за трудоустрояване.

Законодателен декрет 150/2015 прехвърля компетенциите по заетостта на хората с увреждания от окръзите към националната агенция по заетостта, но тази промяна на компетенциите все още не е регламентирана.

Законодателен декрет 151/2015 реформата на трудовото законодателство и въвежда някои адаптации на законодателството в полза на хората с увреждания, и по-специално *система за събиране на дигитални данни*. Много региони са избрали да използват новите структурни фондове (2014-2020г.) за подпомагане на заетостта на хората с увреждания, но в досега това не е имало значителни ефекти върху равнището на заетост на ХУ.

¹¹⁶ Country report on the employment of disabled people in European countries – Italy (2011)

Законодателен декрет 185/2016 коригира изчисляването на резервния дял за трудоустрояване, като посочва, че и вече наетите работници - дори да не са наети посредством целенасочено наемане, трябва да имат намаление на работния капацитет от 60% или повече.¹¹⁷ Въпреки че е задължение на работодателя, той може да се ползва от освобождаване, ако дейността му попада в един от следните сектори:

- Строителство
- Въздушен, морски и сухопътен транспорт: за пътнически / навигационен персонал;
- Минна дейност
- Кабелна инфраструктура

Други промени, направени със законодателния декрет 185/2016 са свързани със¹¹⁸:

- Създаване на Националната агенция за активни трудови политики (ANPAL), която ще има задачата да действа като единствен референт за новата Национална мрежа за трудови политики. По-специално се създава "база данни за целенасочена трудова интеграция", която отговаря за събирането на информация относно задължителното наемане на ХУ от частни дружества и публични органи;
- Методи за предоставяне на стимули: директно и незабавно изплащане на стимула на работодателя от INPS и коригиране на месечните осигурителни вноски;
- Работниците, които вече са били с увреждания преди установяването на трудовото правоотношение, дори ако не са заети чрез задължителното настаняване, се включват в резервната квота;
- Създаване на функция и определяне на отговорно лице, за трудоустрояване на работното място.

Инструмент за насърчаване на правата и равенството на гражданите с увреждане (със статут хандикап) се изразява в ангажимента за определяне и гарантиране на процес за глобални грижи, основан на индивидуален проект, предвиден в **член 14 от Закон №. 328 от 8 ноември 2000 г.** Законът гласи *"За постигане на пълна интеграция на хората с увреждания съгласно член 3 от Закона от 5 февруари 1992 г., 104, в контекста на семейния и социален живот, както и в пътищата на училищното или професионалното образование и работа, Общините, съгласувано с местните здравни звена, подготвят, по искане на заинтересованата страна, индивидуален проект, съгласно което е установено в параграф 2"*. Индивидуалният проект включва, в допълнение към диагностично-функционалната оценка, услугите за лечение и рехабилитация на Националната здравна служба, и услугите за лицето, които се предоставят от общините и техни акредитирани структури, особено по отношение на възстановяването и социалната интеграция, както и икономическите мерки, необходими за преодоляване на условията на бедност, маргинализация и социално изключване. В индивидуалния проект са дефинирани потенциала и възможностите за подпомагане на семейната единица.

Указ № 78/2009 г., съгласно чл. 20 поставя нови разпоредби относно процедурите по признаването на гражданската инвалидност/слепота/глухота, хандикап и увреждания. От 2010 г. нови заявления, допълнени с ново медицинско свидетелство, удостоверяващо естеството на невалидните заболявания вече няма да бъде представено на областните ULSS по пребиваване, а директно на INPS и единствено по електронен път, също и чрез представителни организации и асоциации или други квалифицирани субекти (които понастоящем се идентифицират). Нов метод за установяване на гражданска инвалидност (*invalidità civile*) и изменени протоколи за инвалидност влизат в сила през 2010 г.

¹¹⁷ <https://www.lavoroediritto.com/abclavoro/collocamento-mirato-disabili>

¹¹⁸ <https://blog.jobmetoo.com/le-ragioni-del-forte-no-alla-chiamata-nominativa/>

Закон №18 от 3 март 2009 създава Национална обсерватория за условията на хората с увреждане (OND) с научно-технически комитет за консултиране и подпомагане на разработването на политиката по въпросите на хората с уврежданията, с цел подобряване и повишаване на качеството на информационните потоци, свързани с хората с увреждане в страната.

През 2016 г. в Италия влиза в сила нов закон на национално ниво въвеждащ мерки в полза на хората с увреждания - Наредба за подпомагане на лица със сериозни увреждания, които имат и семейни затруднения (**Закон № 112**¹¹⁹ **“След нас”**, обнародван в държавен вестник № 146 / 24 юни 2016г.) Новият закон предвижда помощи, грижи и защита на лица с тежки увреждания, независимо дали са причинени от естествено стареене или от медицински състояния, и които са лишени от семейна подкрепа, защото или и двамата родители липсват или не са в състояние осигуряват адекватни грижи.¹²⁰ Законът изисква правителството да осигурява основни здравни услуги и социални грижи, според нуждите на лица с тежки увреждания, въз основа на наличните ресурси и съгласно приложимото законодателство. Това задължение се осъществява чрез сътрудничество между общините на регионално и национално ниво. Целта на разпоредбата е да се гарантира максимална автономност и независимост на хората с увреждания, позволявайки им да продължат да живеят - дори когато родителите вече не могат да се справят с тях - в контекст, възможно най-близък до семейна среда или чрез процеси на деинституционализация. Както е известно, от законодателна гледна точка тази отговорност е от компетентността на регионите, с изключение на определянето на основните нива на тежки увреждания, които остават отговорност държавата.

Новото законодателство създава нови механизми за улесняване на финансовите му цели, включително чрез вноски от частни лица, застрахователни полици, тръстове и други специални фондове, както и договори за попечителство и администриране на активи на бенефициенти от друго лице или организация с нестопанска цел (чл. 1, пар.3). Законът създава **фонд за подпомагане на лица със сериозни увреждания** (Закон № 208 за стабилността), лишени от семейна подкрепа в рамките на Министерството на труда и социалната политика. (чл. 3, пар.1). Първоначалният бюджет на Фонда е 90 млн. евро за 2016 г., 38,3 млн. евро за 2017 г. и 56,1 млн. евро от 2018 година нататък. Специфичните изисквания за достъп до финансиране чрез Фонда са установени с постановление на Министерството. Региони, местни власти, квази-правителствени организации и частни лица с доказан опит в предоставянето на помощ на лица с увреждания също могат да получат финансиране от фонда. (чл.4, пар.2 от М.П.). Регионите трябва да определят свои собствени критерии за разпределяне и използване на средствата за отделните бенефициенти. В сила от 31 декември 2016 г., новото законодателство увеличава застрахователните премии за застрахователни планове, които покриват риска от смърт на лица с тежки увреждания. (Чл.5, пар.1) Законодателството заделя правителствени средства за компенсиране на загубата на приходи за застрахователите, произтичаща от тези нови разпоредби. Закон 112/2016 открива нови възможности за планиране на житейски проекти за хора с тежки увреждания и техните семейства от професионалисти, участващи в многомерни екипи за оценка.

Общите ресурси на Фонда, разпределени за двугодишния период 2016/2017 от малко над 128 милиона евро, са прехвърлени към регионите през 2017 г. Средно видовете интервенции, върху които регионалното планиране е първоначално концентрирано са от инфраструктурен характер и се отнасят до изграждането и/или осигуряването на жилища с изискваните от закона характеристики (които възпроизвеждат условия на жилищни и семейни взаимоотношения, жилищните модули за не повече от 5 души, достъпност на пространствата, използването на нови технологии за подобряване на автономността на хората, поставени в

¹¹⁹ <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2016-06-22;112!vig=>

¹²⁰ <http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/italy-legislation-on-support-for-the-disabled/>

териториален контекст, подходящи за развиване на контакти с референтната общност и т.н.), към които се разпределят почти 30% от средствата. Другите видове интервенции засягат начините за подпомагане на жилищното настаняване, на които се разпределят повече от половината от общите ресурси (около 55%), които са повече или по-малко равномерно разпределени между двете цели: финансиране на планираното настаняване на ХУ в домовете и подпомагане на живота на ХУ в тях след настаняването им. Делът на ресурсите, предназначени за развитие на умения за насърчаване на автономност и програми за повишаване на осведомеността (12%) е значително по-нисък, докато финансирането на временни престои в структури, различни от гореспоменатите жилища, е незначително (4%).

Законодателен указ № 147 от 15 септември 2017 г., въвежда промени относно събирането, анализа и връщането на информация относно системата за социални услуги. Член 24 от указа установява единна информационна система за социални услуги (SIUSS), която интегрира и замества Информационната система за социални услуги (установена с чл. 21 от Закон 328/2000) и Регистъра на подпомагането (установен с чл. 13 от Декрет-закон № 78 от 2010 г.)¹²¹

С Постановление на директорите №. 808 от 29 декември 2017 г. на Генерална дирекция "Борба с бедността и социалното планиране" Министерството на труда и социалната политика приема насоки за представяне от страна на регионите на предложения за присъединяване към експериментален модел на интервенция в областта на независимия живот и включване в обществото на хората с увреждания за 2017 г. "Независим живот и социално включване на хората с увреждания"¹²² От 2014 г. е определена квота от 10 млн. Евро, приписана на Министерството на труда и социалната политика с цел насърчаване на новаторските интервенции в областта на независимия живот. За 2017 г. тези ресурси възлизат на 15 милиона евро. Още през 2013 г. са публикувани първите насоки за представяне на експериментални проекти в областта на независимия живот и включване в обществото на хората с увреждания, за да се ръководи работата на институциите в сътрудничество с представителните асоциации на хората с увреждания, към общи модели на интервенция по този въпрос. Обвързани са общо около 200 териториални зони. Квотата за експериментални проекти е част от Фонда за самостоятелност, създаден със Закон от 27 декември 2006 г., № 296 (член 1, параграф 1264), с цел оказване на подкрепа на лица с много тежки увреждания (*gravissima disabilità*) и на несамостоятелни възрастни хора, за да се даде предимство на достоен престой в дома им, като се избягва рискът от институционализация, както и да се гарантира в цялата национална територия, прилагането на основните нива на социални помощи. От 2015 нататък основната новост е, че фондът е определен като структурен за следващите години, като бюджетът достига 498 млн. Евро. Тези ресурси са използвани за покриване на разходите за социално-здравна помощ на хората, които не са самостоятелни, и допълват ресурсите, които вече са предназначени за регионите, както и за местните власти, за услугите, предоставяни на лицата. Тези помощи и услуги не са допълващи здравните услуги. За 2017 г. дял от не по-малко от 50% от Фонда следва да бъде отпуснат за интервенции в полза на хора в условия на много тежко увреждане, включително хора, страдащи от амиотрофична латерална склероза и хора с много тежка деменция и Алцхаймер.

Регионално ниво: През последните 20 години италианските региони, поради процеса на децентрализация на някои здравни и социални въпроси от националното правителство, разработват комплексна мрежа от жилищни и домашни заведения и здравни и социални услуги за хора с увреждания. Критериите за допустимост, основани на различни и често несравними дефиниции на зависимост, са приети на местно равнище. Следствие на това се

¹²¹ <http://www.condicio.it/news/decreto-di-riparto-fna-2017/>

¹²² <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2017/DD-808-del-29dic2017-Linee-guida-vita-indipendente-anno-2017.pdf>

прилагат различни инструменти за оценка и мониторинг, вариращи от индекса на *Katz* до сложни системи за оценка на ежедневната нужда от лична грижа.

В Регион Базиликата например се прилага механизъм за многомерна оценка (VMD) при прилагане на интегрирани домашни грижи *ADI- Assistenza Domiciliare Integrata*¹²³. В допълнение към структурирането на интегрирани домашни грижи, състоящо се от специфична серия от услуги, предлагани от местните здравни и социални структури, с член 4 от Регионален закон № 4 от 14 февруари 2007 г. е създаден Регионален фонд за лица в несамодостатъчност (*Fondo Regionale per la Non Autosufficienza*), който предоставя широка рамка от интервенции подпомагане на семействата, които оказват помощ на несамостоятелното лице или на него самия в своя индивидуален проект за житейска автономност (*progetto di vita autonoma*).

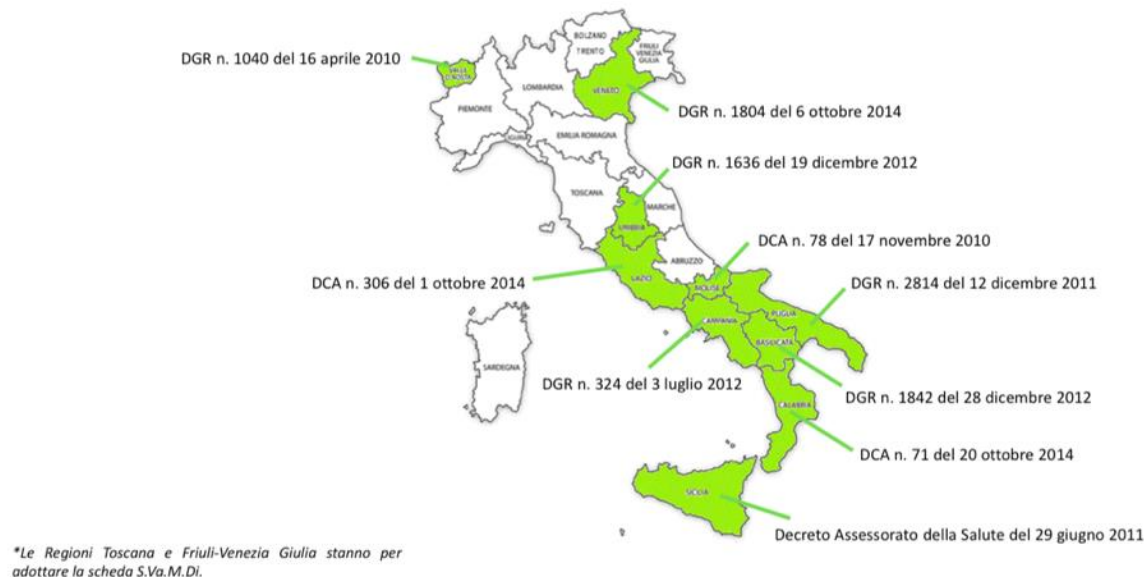
Друг пример е регион Ломбардия, която одобрява Регионален закон 15/2016 за насърчаване и създаване на условия за благополучие и социално приобщаване на хората, включително и с нарушения на аутистичния спектър и сложни увреждания. Законът изрежда услугите, предоставяни на хората с увреждания в района, осигурени, според случая, от Агенциите за здравна защита (*Agenzie di Tutela della Salute (ATS)*), от здравните организации (*ASST*), от акредитирани частни социални здравни заведения, от общински социални служби и от третия сектор, компетентни за територията. Ломбардия изготвя и Регионален план за действие, използващ ICF като общ език на различните регионални оператори (общински и частни доставчици на услуги), създава Техническа група за координация и интегриране на регионалните политики за хората с увреждания и Регионална карта за услуги, която записва всички сертификати и улеснява обмена на информация, като се спазва поверителността.¹²⁴

В последните няколко години се инвестира в унифицирането на регионалните модели за многомерна оценка (UVM) като все повече региони прилагат картата SVaMDi за хора с увреждане и SVaMA за възрастни, създадени и утвърдени първоначално от регион Венето. Понастоящем Венето утвърждава насоките за кодиране по ICF и предлага последна версия на SVaMDi. Останалите региони също следват Венето: Вале Д'Аоста утвърждава институция за многомерна оценка (UVM); Базиликата, Кампания и Калабрия приемат SVaMDi като многомерна оценка на хора с увреждане и създават рамка за обучителна и квалификационна програма за всички оператори на участниците в многомерните екипи; Пуля приема План за индивидуална помощ (*Piano di Assistenza Individuali -PAI*) за домашни грижи и грижи по резиденции и институции, и инструментите SVaMA и SVaMDi; Лацио внедрява SVaMDi за многоизмерна оценка за достъп на хора с физически, психически и сензорни увреждания до интегрирани услуги в дома, резиденции от домашен тип и институции. SVaMDi е инструмент за събиране на данни и информация, също така от управленски и административен характер, които захранва потоците и подкрепя аспектите на управление и социално-икономическото програмиране. В регион Венето SVaMDi се използва за достъп до регионалните социални и здравни услуги за хора с увреждания, които имат достъп до жилищни и полужилищни служби и услуги и интегрирани домашни услуги. Инструментът е дигитализиран, наречен *Atl@nte*, предоставен на всички компании ULSS в региона, които го прилагат за оценка на възрастни с увреждания. Той захранва регионалния информационен поток за извън болнични интегрирани услуги в общността.

¹²³ Meccanismi per la valutazione multidimensionale della disabilità nasce in Basilicata nel 2001 a seguito della DGR n. 1655 con cui vengono approvate le Linee Guida per l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ed DGR n. 862 del 10/06/2008

¹²⁴ <http://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/c67f6acd-3a2f-4c59-9e69-2db409f564b6/Piano+d%27Azione+Regionale.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c67f6acd-3a2f-4c59-9e69-2db409f564b6>

Фигура 7: Разпространение на SVaMDi към 2016 г.



За да се преодолеят оперативните трудности, срещани преди всичко в отношенията с местните здравни органи, от няколко години вече е предвидена възможността за подписване на споразумения с регионите да възлагат на INPS функциите, свързани с първата оценка на здравните изисквания. По силата на тази разпоредба са определени специфични споразумения с регионите на Кампания, Сицилия, Венето, Лацио, Базиликата и Фриули Венеция Джулия и за една година и ограничено до някои провинции, установяването на здравните изисквания от страна на института. Останалите региони все още извършват първоначалната оценка (хандикап или инвалидност) посредством специалните правни медицински комисии, работещи във всеки местен здравен орган (ASST), допълнена от лекар от INPS като ефективен компонент. Централизирането на функциите на INPS дава на базата на докладваните данни значително намаляване на времето за обслужване и оптимизиране на процеса от гледна точка на хомогенност, проследимост и прозрачност с положителни ефекти също и в областта на съдебните спорове.

1.2.1. Видове статут, свързани с хората с увреждания

Инвалидност и хандикап са различни статута, които предлагат различни придобивки. Всяко лице, което е било диагностицирано с трайно заболяване или функционално нарушение, има право да кандидатства за признаване на гражданска инвалидност и/или хандикап. Само медицинската комисия на регионалните ULSS (и/или съответно INPS) имат право да оценят клиничното състояние на кандидата и взимат решение дали да се признае гражданската инвалидност или хандикап.

Гражданската инвалидност

Гражданската инвалидност се основава на намаляване на работоспособността в процент.¹²⁵ Съгласно определението в закона *“граждански невалидни се считат граждани, страдащи от вродени или придобити нарушения, включително психични разстройства, дължащи се на органична или дисметаболична олигофрения, ментални недостатъци, произтичащи от сензорни и функционални дефекти, които са претърпели постоянно намаляване на работната способност, не по-малко от една трета или, ако са на възраст под 18 години,*

¹²⁵ Чл. 1, параграф 4, буква в) от Законодателен указ от 23 ноември 1988 г., н. 509.

които имат постоянни трудности при изпълнение на задълженията си и функциите на тяхната възраст”¹²⁶. Това намаление не означава невъзможност за намиране на работа, а трудността при извършване на определена дейност по начините, които са смятани за нормални за даден човек. Тя се отнася до хора с физически, интелектуални и умствени увреждания (вкл. с заболявания като таласемия и сърповидно клетъчна анемия) с трайна неработоспособност не по-малка от една трета и се позовава на закон.¹²⁷ Този тип увреждане е тясно свързан с трудово обезщетение на субекта и не се отнася до неговата способност да се впише в социален контекст, тоест без да се отчита социалният контекст, който вместо това се взема предвид при признаването на състоянието на хандикап/увреждане. Статута на инвалидност дава право на парични помощи като пенсия за инвалидност, помощ за инвалидност и придружаваща надбавка¹²⁸.

Хандикап

Хандикап е определен в чл. 3 на Закон №. 104/92¹²⁹ за лице, *“което има физическо, психическо или сетивно, стабилизирано или прогресивно увреждане, което създава трудности в ученето, взаимоотношенията или трудовата интеграция и което може да доведе до процес на социално неравностойно положение или маргинализация. Ако едно или множество увреждания намаляват личната автономност, отнасяща се с дейностите на съответната възраст, така че да се наложи постоянна, непрекъсната и глобална помощ, необходима в индивидуалната сфера или в сферата на отношенията, ситуацията предполага конотация на “тежест на увреждането”. Признатите ситуации на тежест определят приоритетите в програмите и интервенциите на обществените услуги”*. Увреждането е термин, използван за наличието на физическо или психическо увреждане, което създава лично неблагоприятно положение на лицето. Хандикап е последица от увреждането. С този термин се посочва социалното неблагоприятно положение на лицето, дължащо се на увреждането, от което е засегнат. Хандикап взема предвид трудностите на социалното приобщаване на лицето с увреждане. Признаването на състоянието на увреждане не дава право на икономически ползи, а дава право на други придобивки и права като разрешителни и отпуск, уредени в закон 104/92.

Тежко увреждане

Състоянието на тежко увреждане¹³⁰ (*disabilità grave*) е посочен в член 3, параграф 3 от Закона от 5 февруари 1992 г., № 104 като човек, имащ нужда от *“постоянна, непрекъсната и глобална интервенция за оказване на съдействие в индивидуалната сфера или в сферата на отношенията.”* Изключително тежко увреждане (*disabilità gravissima*) е *“състояние на жизненоважна зависимост чрез непрекъсната помощ 24 часа на ден”*. Това са състояния вариращо от кома и вегетативност до лица, зависими от механична вентилация, тежки деменции, парализа, слепота и др.¹³¹ Изключително тежкото увреждане дава право на надбавка за придружаване (съгл. Закон №. 18/1980).

¹²⁶ <http://www.handylex.org/stato/I300371.shtml>

¹²⁷ п. 118 от 30 март 1971, допълнен със Законодателен указ п. 119/2011, чл. 7 – пар. 4

¹²⁸ <https://www.money.it/Invalidita-disabilita-ed-handicap>

¹²⁹ <http://www.handylex.org/stato/I050292.shtml>

¹³⁰ съгласно Резолюция на Регионалните съвети

¹³¹ <http://www.fondazionepaladini.it/contributo-per-persone-con-disabilita-gravissima/>

1.2.2. Права на хората с увреждане според техния статут

Директни права и придобивки при състояние на гражданска инвалидност

Минималната степен на постоянно намаление на работоспособността за статута на граждански инвалид е една трета (33%), и се оценява спрямо дефинирани таблици, одобрени с постановление на министъра на здравеопазването от 5 февруари 1992 г. Нови кодове за състояние на гражданска инвалидност и съответните права са както следва¹³²:

Код 01: е свързан с описанието "не е инвалид - липса на патология или намаляване на капацитета с по-малко от 1/3". То не дава право на никаква икономическа изгода или придобивки.

Код 02: се комбинира с описанието "инвалид с постоянно намален работен капацитет над 1/3 (член 2, закон 118/1971)". Позволява достъп само до протезни придобивки, свързани с болестта. Само процент на инвалидност над 45% дава право на лицето да получи достъп до обезщетенията, предвидени в нормативен акт за правото на труд на лицата с увреждания, а именно да може да се впише в специални списъци за заетост.

Код 03: идентифицира "инвалид с постоянно намаление на работния капацитет над 2/3 (чл. 2 и 13, закон 118/1971)". То дава право на месечна помощ, изплащана на лица с частични увреждания. Помощите могат да се получат само ако съответното лице не надвишава лимита за лични доходи и е регистрирано в специалните списъци за заетост.

Код 04: идентифицира "инвалид при пълна и постоянна неработоспособност (чл. 2 и 12, закон 118/1971) : 100%". То дава право на пенсия за инвалидност, отпусната за лица, които не надвишават определен лимит на личните доходи годишно. Статутът, определен с този кодекс, не е несъвместим с извършването на трудова дейност, нито с придобиването на свидетелство за управление на автомобил, чиято пригодност се установява с други критерии и от друга Комисия.

Код 05: посочва "инвалид при пълна и постоянна неработоспособност 100% и невъзможност за ходене без помощник (Закон 18/1980 и Закон 508/1988) ". Тази кодификация дава право на съпътстваща надбавка, която се изплаща независимо от личния доход. Тази кодификация не е по принцип несъвместима с извършването на работа или с пригодност за шофиране. Този код може да се припише и на непълнолетни.

Код 06: описва "инвалид при пълна и постоянна неработоспособност 100% и с необходимост от непрекъсната помощ, който не е в състояние да изпълнява сам ежедневни дейности (Закон 18/1980 и Закон 508/1988) ". Този код дава право на помощ/надбавка за придружители и може да бъде предоставен и на непълнолетни.

Код 07: идентифицира "непълнолетни с постоянни трудности да изпълняват ежедневни функции, съответстващи на възрастта или с увреден слух.

Закон 289/1990(надбавка за *посещаемост/di frequenza*) или (не може и двете помощи)

Закон 18/1980 (надбавка за грижи от придружители)

¹³² <https://www.superabile.it/cs/superabile/normativa-e-diritti/contributi-economici/domanda-di-accertamento/20170718rev-verbali-invalidita-e-handicap-codici.html>

Код 08: определя "слепи с остатъчно зрение, което не надвишава една двадесета в двете очи с възможна корекция (Закон 382/1970 и Закон 508/1988)". Кодът позволява изплащането на пенсия и специална надбавка.

Код 09: показва "абсолютно слепи (Закон 382/1970 и Закон 508/1988)". Този статут дава право на пенсия и надбавка за придружители.

Код 10: идентифицира "загубили слух (Закон 381/1970 и Закон 508/1988)". Кодът позволява получаването на пенсия и надбавка за комуникация за глухи хора.

Код 11: се отнася до хора над 65 години с постоянни трудности да изпълняват функциите на своята възраст. Този код не дава право на никакви икономически изгоди.

Леко%

средно - сериозно%

сериозно, равно на%

Код 12: за лица с увреждане на възраст над 65 години с:

- невъзможност за придвижване без помощ от придружител
- необходимост от непрекъсната помощ, които не са в състояние да изпълняват ежедневни житейски дейности

Код 11 и 12 дават право на съпътстващи грижи под допълнителни условия, предвидени от действащото законодателство, в допълнение към изискването за здравословно състояние: например статута на настаняване в звена за дългосрочни грижи в държавно финансирани институции.

Таблица 3: Обобщение на правата спрямо степента на инвалидност¹³³

% на инвалидност	Права
До 33%	Няма признание
От 33 до 45%	Лицето има право на безплатна безвъзмездна помощ от дружеството ULSS за помощите, включени в тарифната номенклатура (вкл. субсидия при помощни средства и протези)
От 46%	Регистрация в специалните списъци на регионалните центрове по заетостта за целенасочено набиране на персонал;
От 51%	Допълнителен отпуск за лечение, ако това е предвидено в трудовия договор (или националния колективен трудов договор)
От 60%	Възможност за тези, които вече работят, да преминат към защитени категории на заетост.
От 66-67%	Частично покриване на медикаменти и прегледи; Освобождаване от плащане на университетски такси; Освобождаване от участие в разходите за здравеопазване (с изключение на фиксирана ставка). Регионална карта за мобилност (позволява свободно ползване на всички линии за обществен транспорт).
От 73%	Допълнителни здравни грижи и данъчни облекчения.
От 74% до	Икономически придобивки – месечна социална помощ; Допълнителни вноски

¹³³ <http://www.abilitychannel.tv/invalidita-civile-tutte-le-informazioni-utili/>

99%	за пенсионни цели; (за над 80%: ранно пенсиониране)
100%	Пенсия за неспособност, Възможност за съпътстваща надбавка; концесии за закупуване на адаптирани автомобили; безплатни протези и помощни средства, трудоустрояване ако има остатъчен работен капацитет;

Икономическите ползи, признати и платени от INPS при наличието на съответния % инвалидност и изискване за доходи са както следва:

За гражданска инвалидност

- Пенсия за неспособност (100% инвалиди; имат личен годишен доход, който не надвишава 16 664,36 евро (за 2018 г.); Стойността на месечната пенсия е 282,55 евро).
- Социална помощ – месечна помощ, предоставена на лица с частична инвалидност (453 евро за 2018г., може да се комбинира с пенсия за инвалидност) на възраст между 18 и 66 години и 7 месеца (пенсионната възраст), с намаление на работоспособността между 74% и 99%, което отговаря на законно установените здравни и административни изисквания. Допълнителни условия: доходът не трябва да надвишава индивидуалните лимити, установени ежегодно (за 2018, 5 889 евро/година); лицето не трябва да извършва платена трудова дейност.
- Съпътстваща надбавка за помощници (за 2018 г. е 516,35 евро. Не подлежи на ограничения на доходите; независима от възрастта на лицето или от семейното ядро; съвместима с изпълнението на работните дейности.
- Месечна надбавка за посещаемост¹³⁴/ *frequenza* (279,47 евро, при непълнолетни с увреждания; за училищна и социална интеграция; при условия за доходи);
- Специални добавки: При работници със сърповидноклетъчна болест или таласемия майор: 507,42 евро/месец.

За гражданска слепота

- Пенсия за неспособност за абсолютно слепи: 305,56 евро/месец. Условие за доходи при 100% инвалидност.
- Пенсия за неспособност за частично слепи: 282,55 евро/месец. Условие за доходи при 100% инвалидност.
- Специална надбавки:
 - при работещи слепи, покрити от задължителното общо застраховане. Условие: абсолютна слепота или с визуален остатък, който не надхвърля една десета от двете очи, дори след корекция.¹³⁵
 - При слепи с визуален остатък не по-голям от 1/20 и в двете очи, или в най-доброто око, дори и при възможна корекция: 209,51 евро/месец
- Съпътстваща надбавка за помощници: за 2018 г. размерът на обезщетението е 915,18 евро и се изплаща за 12 месеца.

За граждански глухонему

- Пенсия за неспособност (279,47 евро/месец). Условие: загуба на слуха (равна или по-голяма от 75 dB, средно между честотите 500, 1000, 2000 Hz в най-добро ухо), което затруднява или е затруднило изучаването на говоримия език; условие за икономическа необходимост (за 2017 г. годишният доход не трябва да надвишава 16 532,10 евро)
- Помощ за комуникация: 256,22 евро/месец¹³⁶

¹³⁴ www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=%3b0%3b49457%3b&lastMenu=49457&iMenu=1&itemDir=50195

¹³⁵ www.inps.it/NuovoportaleINPS/default.aspx?sPathID=%3b0%3b49444%3b&lastMenu=49444&iMenu=1&itemDir=5073

INPS признава придружаваща помощ на осакатените или на 100% граждански инвалиди, за които е установено, че е невъзможно да се придвижват без помощта на спътник или на невъзможността да изпълняват ежедневни житейски дейности. Обезщетението се изплаща на годишна база от 12 месеца, считано от първия ден на месеца, следващ подаването на заявление.

Самото признаване на гражданска инвалидност не води директно до издаване на специални разрешителни за работа (чл. 33 от Закон 104/1992). За това право е от съществено значение признаването на състояние на сериозно увреждане (*handicap grave*, член 3, параграф 3 от Закон 104/1992).

Директни придобивки при признато състояние на хандикап

Таблица 4: Директни придобивки при статут на хандикап

Условия	Придобивки
+ статут за гражданска инвалидност от повече от 67% или инвалидност, вписана в I, II или III Таблица А от Закон 648/50 за публични институции.	Предимство при седящи места, опашки и трансфери.
При полагане на изпити или преминаване на професионална квалификация.	Правото на необходими помощни инструменти по време на изпитите и предоставяне на допълнително време.
Лице с намалена подвижност или с множество ампутации на крайници; или лице с умствена или психическа затрудненост, придружено от обезщетение като граждански инвалид.	Закупуване на превозни средства с намалено ДДС (4%); освобождаване от плащане на данъци върху автомобилите.
Признато лице с нарушени физически, зрителни, слухови или езикови увреждания, които ограничават самостоятелността и интеграцията на лицето.	Намалено ДДС (4%) при закупуване на механично, електронно или компютърно оборудване и устройства, за рехабилитацията или за улесняване на междуличностна комуникация, писмена или графична обработка, и достъп до информация и култура.
В случай на тежък хандикап /увреждане	Право за избор на работно място, близко до мястото на живеене; Невъзможност да се прехвърли на друга работа, без неговото съгласие; Приспадане от общия доход на медицински разходи и специфична помощ в частта им, която надвишава 5% или 10% от декларирания общ годишен доход.

¹³⁶ Таблица с актуалните пенсии спрямо инвалидността: www.money.it/Invalidita-civile-2018-INPS-tabelle-importi-percentuali

Достъп до целенасочена/подкрепена заетост

Регионите насърчават настаняването на хора с увреждания чрез директиви и конкретни покани за представяне на предложения, включващи дейности и услуги (стажове, подпомагане на доходите, подпомагане на обучението, кратки и специфични курсове за професионално обучение и адаптиране на уменията), насочени към стартиране на работа на хора с увреждания.

Хора с увреждане, принадлежащи към една от следните категории, могат да се регистрират в списъците за целево трудоустрояване към регионалните бюра по труда по местожителство:

- хора в трудоспособна възраст, засегнати от физически, умствени или сензорни увреждания, и хора с интелектуални затруднения с инвалидност над 45%;
- хора със степен на инвалидност, следствие не трудова злополука призната от INAIL, над 33%;
- напълно слепи хора или с визуален остатък, който не надвишава 1/10 и в двете очи;
- глухонеме, засегнати от глухота от раждането или преди да научат език;
- лица, които получават помощи за гражданска инвалидност, оценени от INPS с постоянно намалена работоспособност не по-малко от 1/3;
- военно инвалиди или цивилни инвалиди следствие на война или служене, с увреждане от 1-ва до 8-ма категория.
- 100% инвалиди могат да се регистрират в специалните списъци ако имат остатъчен работен капацитет.

Лицата в тези списъци се класират в една категория, при което всички увреждания се групират по следните критерии:

- старшинство на регистрацията в списъци със задължително трудоустрояване
- икономическо състояние
- семейно положение
- трудност при териториално придвижване
- други специфични критерии по преценка и според нуждите на всеки регион

Лицата трябва да имат статут на безработни, като този статут се запазва и при първите шест месеца при изпитателен трудов договор, както и ако лицето получава (брутно) под 8 000 евро/година, ако е наето или под 4 800 евро/година ако е самонаето.

Бюрото по труда има за задача да събира информация за търсещия работа чрез когнитивно интервю, което е от съществено значение за разбирането на потенциалната работа и предоставя изчерпателен протокол-доклад, който предлага пътя, който трябва да се предприеме. След като бъде достигнат прага за задължително наемане на служители с увреждане, работодателят трябва да изпълни задължението си, като премине през бюрото по труда, където се водят специалните списъци.

Процедура

На първо място, лицето с увреждане трябва да се свърже с регионалното Бюро по труда, по-специално с услугите за целенасочено трудоустрояване на хора с увреждане. След това се провежда интервю с определения референтен оператор, насочено към събиране на информация, необходима за определянето на потенциала за работа, взимайки предвид и предишното му обучение и професионален опит. След интервюто окончателният доклад се

изготвя от интегрирана здравна комисия *Commissione sanitaria integrata* (която за сега е различна от медицинската комисия на ULSS, която признава гражданската инвалидност и хандикап - предпоставка за започване на процедурата по трудоустрояване), която посочва пред лицето програма за трудова интеграция, която трябва да бъде извършена, в рамките на следните възможности:

- целево назначаване без интервенции за подкрепа;
- целево назначаване с подкрепа на посредническа служба;
- целево назначаване с подкрепа на посредническа служба и използване на технически средства;
- учебен курс за целево назначаване (валиден и за хората с умствени увреждания);
- целенасочено назначаване за хора с умствени увреждания, които не могат да бъдат настанени в обичайна работна среда;
- програма за грижи при сложни социални и здравни ситуации.

Референтните оператори на Бюрото по труда, въз основа на указанията, предоставени от интегрираната здравна комисия, заедно с работника и съвместимо с възможностите за работа, ще подготвят проекта за назначаване на работа и ще осигурят подкрепящите услуги спрямо вида увреждане и капацитета на лицето. След завършване на процедурата работникът ще бъде включен в класиращите списъци за целенасочено трудоустрояване.

Закон № 221/2012 въвежда позоваване на Конвенцията на Организацията на обединените нации за правата на хората с увреждания, предвижда теле-работа и домашна работа в полза на работници с увреждания над 50% да бъдат адаптирани, включително подготовка на технологии за работа от разстояние или премахване на архитектурни бариери, които ограничават по какъвто и да е начин включването на работа, като подпомагането на работодателите да финансират тези разходи е на регионално ниво от общините.

Задължения и права на работодатели

Работодателят разполага с 60 дни от достигането на границата за наемане на работа на ХУ, да извърши процедурата. Санкциите за закъснение са между 62,77 и 153,20 евро за всеки работен ден на закъснение и за всяко ненаето лице с увреждания.¹³⁷ След влизането в сила на нов Закон за трудовата заетост 151/2015 за прилагане на указ, от 1 януари 2016 г. са предприети нови стимули за наемане на работник с увреждания. По-специално, за частните работодатели, които наемат през 2018 г., се предвижда икономическия стимул, зависим от брутната месечна заплата, облагаема за целите на социалната сигурност, която се променя в зависимост от вида на договора и степента на намаления работен капацитет. За наемането на постоянни работници с намалена работоспособност над 79% се възстановява сума, равна на 70% от брутната месечна заплата. Стимули, равняващи се на 35% от възнаграждението, е за работодатели, които наемат работници с намален капацитет между 67% и 79%. За наемането на работници с умствени или интелектуални затруднения, което включва намаляване на повече от 45% от работната сила, се възстановява 70% от заплата. Продължителността на стимулите могат да стигнат до 36 месеца за безсрочно заетите лица с увреждания с над 67% намалена работоспособност. В случай на постоянна заетост на работник с интелектуално и психическо увреждане, което води до намаляване на работоспособността с повече от 45%, стимулът се дължи 60 месеца. И накрая, стимулът остава за срока на договора (който не може

¹³⁷ <https://www.ilfattoquotidiano.it/2018/01/29/lavoratori-disabili-le-nuove-regole-per-lassunzione-diritti-doveri-e-tempistiche/4119297/>

да бъде по-малък от 12 месеца) в случаите на срочна трудова заетост на работник с интелектуално и умствено увреждане с намалена способността за работа с повече от 45%.¹³⁸

Достъп до образование и професионална квалификация¹³⁹

Достъпът до професионално обучение за младежи с увреждания се регулира от отделните региони. Предлагат се разнообразни решения, които отчитат нуждите и специфичните характеристики на хората с увреждания:

- включване в редовни курсове: това са курсове за обучение за определена професия/част от професия, които предвиждат включване на 1 или 2 ученици с увреждания на курс, с учител, който да подкрепя до пет 5 студенти и с възможност за участие в повече учебни цикли (до 8) в сравнение с 4 за останалите младежи.
- курсове за обучение на студенти с увреждания: това са курсове, насочени към придобиване на професионални умения, които могат да бъдат прилагани в професионални контексти, постигнати чрез конкретни действия и с поставяне на реални работни задачи. В тези курсове е важно прилагането на глобален образователен подход (напр. автономия, комуникативни умения и т.н.). Те са насочени към младите хора с увреждания със съотношение 1 учител на всеки 4 ученици. Курсът може да продължи до максимум 4 години.
- Специфични Курсове, финансирани от ЕСФ: това са целенасочени курсове за улесняване навлизането на пазара на труда. Достъпът до тях се осъществява чрез покани за представяне на оферти, в които са посочени изискванията за прием.
- подготвителни курсове с продължителност една година за хората с увреждания, които се нуждаят от курс на ориентиране и обучение за целеви достъп до курсове за професионално обучение.¹⁴⁰

Допълнително, студенти със сензорни увреждания, които посещават всички учебни занятия и курсове за професионално обучение, в допълнение към услугите за подкрепа на училищното включване, се предвиждат и следните допълнителни услуги: помощ при комуникация (за ученици с увреждания на зрението и / или слуха); тифологични услуги; предоставяне на специални учебни материали и учебници. Студентите с физически, интелектуални и сетивни увреждания могат да се възползват от услугите на училищен транспорт.

Достъп до здравни услуги

Италианското законодателство включва недискриминационен закон (Закон 67/2006), който защитава хората с увреждания от всякакъв вид дискриминация във всички области¹⁴¹. Всички

¹³⁸ <https://www.lavoroediritti.com/abclavoro/collocamento-mirato-disabili>

¹³⁹ Призоваването на статута на студенти с увреждания се извършва въз основа на представената документация от специални комисии за оценяване, т.е. комисии, съставени от здравни и технически експерти.¹³⁹ Сертифициране на специфични образователни нарушения (DSA) се извършва от частни екипи, упълномощени и оправомощени да издават съответното сертифициране заедно с акредитираните обществени и частни невропсихиатрични мрежи на детството и юношеството.

¹⁴⁰ <http://www.jobtel.it/formazione-e-disabili/>

¹⁴¹ Law 1° March 2006, n. 67, "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni" (Measures for legal protection of persons with disabilities as victims of discrimination), in *Gazzetta Ufficiale* n. 54 of 6 March 2006, <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/060671.htm>.

обществени структури, свързани със здравни услуги, трябва да бъдат достъпни.¹⁴² Същото важи и за частните центрове, които предоставят здравни услуги в сътрудничество с обществените услуги. Компетентността за контрол на физическата достъпност се делегира на регионите (компетентни по здравни въпроси) чрез териториалните здравни служби и болници. Контролът по отношение на достъпността е компетентност, която включва и общините. Въпреки това, Анализ¹⁴³ на различни обществени здравни организации и услуги в 61 италиански града, показва, че достъпността като стандарт не се спазва (липсват достъпни тоалетни, липса на пространства, бариери и т.н.).

Достъп до създаване на индивидуален проект и регионална подкрепа

Закон 112/2016, в сила от 25-ти юни, 2016 (описан в т.1) открива нови възможности за планиране на житейски проекти за хора с тежки увреждания и техните семейства от професионалисти, участващи в многомерни екипи за оценка.

Трудова рехабилитация

Във връзка със социално-трудоовото включване регионалната мрежа за услуги действа за хора със средно тежки увреждания или с по-големи трудности при достъпа до заетост в обичайна среда като активира подготвителни или заместващи курсове за работа, включително социално-професионални центрове. Разходите за тези мерки възлизат общо на 26 млн. евро (за 2012 г.), поети от общинските бюджети и Регионалния фонд за независимост, и представляват малко над 10% от общия бюджет, предвиден за гарантиране на широкия обхват социални и здравни услуги за хора с увреждания. През 2011 г. за регион Емилия Романа например, в подготвителните курсове, които се провеждат в рамките на фирмите или в защитена среда, са взети под внимание 2 320 души, със субсидии за социални помощи, финансирани от общините или други защитени трудови договори (социално-професионални центрове, социални кооперации тип Б).

Като пример, в 66 социално-професионални центрове, разположени в регион Емилия Романа, 1 266 клиенти, от които почти половината с умствени увреждания и най-вече мъже, участват ежедневно или ежеседмично в обучения и професионални обучения в защитена среда, с цел да поддържат и укрепват своите релационни и оперативни умения. Те са лица със средно към тежки увреждания, които не са готови да поддържат професионален ангажимент в обичайна работна среда, но с по-високи нива на лична автономия от тези, на лицата от ежедневните центрове за социална рехабилитация.

Услугите за психично здраве за възрастни на регионалните ULSS включват обучения за рехабилитация или социална реинтеграция и преход към работа (около 2800 пациенти всяка година). По-голямата част от проектите са насочени към мъже в трудоспособна възраст, за които са насрочени временни трудови договори за непълно работно време и / или участие в курсове за обучение, осъществени в партньорство с институции, кооперации и частни фирми, насочени към придобиване на професионални умения.

Домашна грижа за семейства на хора с увреждания

¹⁴² Decreto del Presidente della Repubblica 14 January 1997 - Approval of the principles and coordination to the regions and autonomous provinces of Trento and Bolzano related to structural, technological and organizational minimum requirements for health activities in private and public structures), <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/06067l.htm>.

¹⁴³ <http://www.uildm.org/gruppodonne/laccessibilita-dei-servizi-di-ginecologia-e-ostetricia-alle-donne-con-disabilita/>.

Те се предоставят въз основа на персонализиран и споделен проект. Това е персонализирана услуга за подкрепа на малолетни, млади и възрастни хора с увреждане, включваща серия от интервенции като:

- Интегрирани социално-образователни услуги за деца и техните семейства, насочени към насърчаване на социалното и училищното включване;
- Лични грижи: персонализирана намеса, целяща да благоприятства и поддържа автономията на човека в собствения му контекст на живот;
- Подкрепа за битовизма на дома и популяризиране на мрежата от взаимоотношения.

Услуги в рамките на закон "След нас"

Това е жилищна услуга, която има за цел да помогне на възрастни с физически, психически и сетивни увреждания, позволявайки на лицето и неговото семейство да експериментират с нови релационни модели като алтернатива на действителността на семейния им контекст. Тя позволява да се работи върху автономията и развитието на собствения потенциал.

Допълнителни регионални обезщетения за домашна грижа (пример на регион Венето):

- Лица, които имат нужда от малко или умерени грижи, и чиито семейни доходи са под 16 631,71 евро могат да поискат такова обезщетение. Те трябва да са проверени от социален работник и общо практикуващ лекар; Сума: 120 евро/месец.
- Лица, които имат нужда от сериозни грижи (оценени от SVaMA/SVaMDi/UVM), или с доказано наличие на деменция от всякакъв вид, придружени от тежки поведенчески разстройства, проверено от областното здравеопазване. Помощта е 400 евро/месец.
- Лица с много тежки увреждания и в състояние на жизненоважна зависимост (24 часово обслужване в дома, доходите да са до 60 000 евро/година).
- (от 2014) Потребители с тежки умствени и интелектуални затруднения, които са включени в мерки за насърчаване на личната автономия и личната помощ.
- (2014) Потребители с тежко моторно-двигателно увреждане в зряла възраст (включени в индивидуални проекти за независим живот).

Допълнителни регионални субсидии (зависещи от всеки регион)

- Подкрепа за независим живот¹⁴⁴
- За помощни уреди и протези: Трябва да се подаде заявление заедно с предписание (в оригинал) на специализирания лекар на SSN – Национална здравна служба (в някои случаи може и на лекуващия лекар), оценка на разходите само в случая на облекла/оборудване, изготвени по мярка и предоставени от здравни дружества, упълномощени от съответния регион (под условия¹⁴⁵). Регионът създава регионален регистър на доставчици и на протезни средства. Списъкът се актуализира ежегодно и се публикува в BUR на регион Венето. 2015 актуализация: DDR n. 7 от 13.02.2015 г. (приложение A1 - A2 - B1 - B2).¹⁴⁶

¹⁴⁴ Бланки и документи за регион Марче: http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilità#6169_Progetto-Regionale---Modulistica

¹⁴⁵ http://www.ulss15.pd.it/nqcontent.cfm?a_id=1152

¹⁴⁶ ДВ, бр.332 от 27 август 1999 г. "Наредби, съдържащи правила за услугите за протезна помощ, налични в рамките на НЗС: методи и ставки за изплащане"; Законодателен указ от 24 февруари 1997 г., п. 46 "Прилагане на Директива 93/42 / СЕЕ относно медицинските изделия" Изменен с D.Lgs 25.01.2010, п. 37 Транспониране Директива 2007/47 / ЕО. Регионално решение № 83 от 19 януари 2000 г. (Приложение А - Приложение А1).

- За хора с психофизични увреждания (със статут хандикап), които прилагат методите *Doman, Vojsa, Fay u Aba* (Закон 104/1992). Вноската е годишна и се състои от максимално възстановяване на 80% от направените и отчетени разходи¹⁴⁷.
- За адаптиране на превозно средство: Лице с постоянни ограничения на моторно превозно средство със специално свидетелство за правоуправление А, Б или В може да получи възстановяване на направените промени в системата за управление на своето превозно средство. Възстановяването покрива до 20% от направените разходи. Попълва се заявление¹⁴⁸, и се изпраща заедно с копие от изискванията за модификация на превозното средство, с посочени в свидетелството за управление с описателни бележки или кодове, както и на фактурата с размера на направения разход;
- За работодатели на зрително затруднени оператори на разпределителни табла;
- Рехабилитационни интервенции за хора с аутистичен спектър, и др.

Право на "Бонус светлина"

Това право е насочено към хората с увреждания, ако тяхното здравословно състояние налага използването на определени електрически уреди които имат съществено отражение върху по-голямото използване на електроенергия. В действителност някои патологии и увреждания изискват използването на инструменти, които освен че са скъпи, значително увеличават потреблението на електроенергия и следователно водят до значително увеличение на сметката за електроенергия.¹⁴⁹

Тази помощ се изплаща за хора с увреждания, които задължително трябва да използват следните електро-усреди за живот: оборудване за непрекъснато положително налягане; белодробни вентилатори, изкуствени бели дробове, кислородна терапия, фиксирани концентратори на кислород, преносими концентратори на кислород, аспиратори, многопараметрични монитори, пулс оксиметри, оборудване за перитонеална диализа, оборудване за хемодиализа, помпа за хранене, инфузионни помпи, помпи за спринцовки, електрически инвалидни колички, мобилни асансьори, мобилни повдигачи с електрически седалки, мобилни електрически товарни асансьори, фиксирани таванни асансьори, повдигачи за вани, анти-декубитурни матраци.

Изчисляването на размера на отстъпката върху сметката за електричество се основава на три нива, които отчитат мощността, вида на уреда и работното му време:

- Минимално ниво (до 600 kWh / година): 175 евро до 3 кВт и 410 евро за над 3 кВт;
- Средно ниво (между 600 и 1200 kWh / година): 288 евро до 3 кВт и 519 евро над 3 кВт;
- Максимално ниво (над 1200 kWh / година): 417 евро до 3 кВт и 628 евро над 3 кВт.

Следва също така да се отбележи, че сумата на бонуса се дисконтира директно върху сметката за електроенергия, като се разделя на сметките, съответстващи на потреблението на 12-те месеца след подаването на заявлението. Заявленията се подават в общината на местожителство¹⁵⁰.

¹⁴⁷ Формуляр-заявление в приложение; Регионален закон от 22 февруари 1999 г., п. 6 - Принос към гражданите на Венето, които са психофизически инвалиди, които прилагат метода "doman o vojta o fay o aba". Обсъждане на регионалния съвет на 31 март 2009 г., п. 864 - LR 22 февруари 1999 г. № 6, член 10 LR 19 декември 2003 г. № 41, член 41 LR 30 януари 2004 г. № 1 и член 11 LR 16 август 2007 г. № 23: "Вноски за жителите на Венето психофизични хора с увреждания, които прилагат метода "Доман" или "Войта" или "Фей" или "АБА". "Процедури за изпълнение за 2009г."

¹⁴⁸ В приложение

¹⁴⁹ Междуведомствено постановление от 28 декември 2007 г. и Постановление на министъра на здравеопазването от 13 януари 2011 г.

¹⁵⁰ Заявления и повече информация: <https://www.money.it/bonus-luce-2017-disabili-domanda-importo-regole>

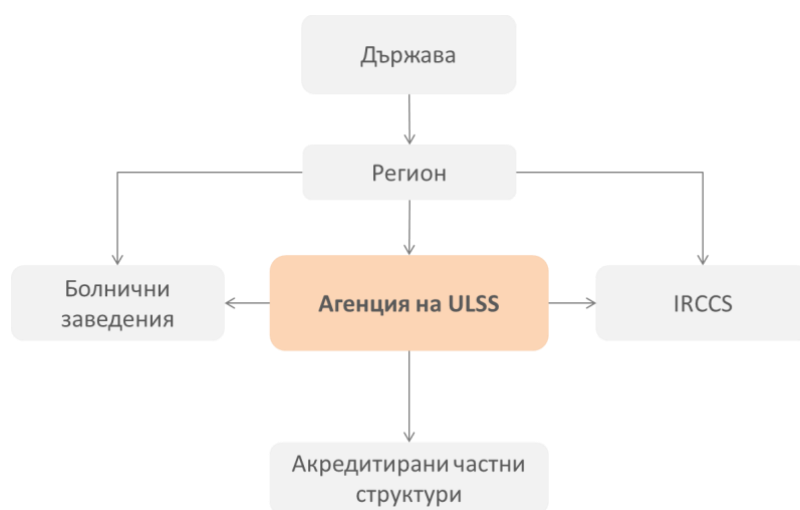
2. Институционална система за извършване на ЕР на хора с увреждания

2.1. ULSS - ASL (Местно звено за здравеопазване)

ULSS е местно здравно-осигурително дружество, орган на италианската публична администрация, отговарящ за предоставянето на здравни услуги. Агенцията има публична юридическа правосубектност и автономна икономическа дейност.

Структура: В Италия има 103 местни дружества ULSS, които управляват различни области и съответните към тях общини посредством ASL (например за регион Венето има 9 Агенции ULSS). Те определят автономно регионалните помощи на хората с увреждане.

фигура 8: Организационна структура на местните здравни и санитарни услуги¹⁵¹



Регионите имат конкурентна власт с държавата по здравни въпроси. Те представляват "холдингово дружество" на здравната служба, тъй като упражняват ролята на собственик на обществени здравни агенции на своята територия: финансират, координират и ги контролират. Тези функции се осъществяват чрез техните институционални органи (Giunta¹⁵², Регионални съвети), чрез собствения им съветник по здравеопазване и Регионалната социално-здравна агенция. Те определят регионалния здравен план и ежегодно решават програмата и целите, които да бъдат възложени на здравните агенции.

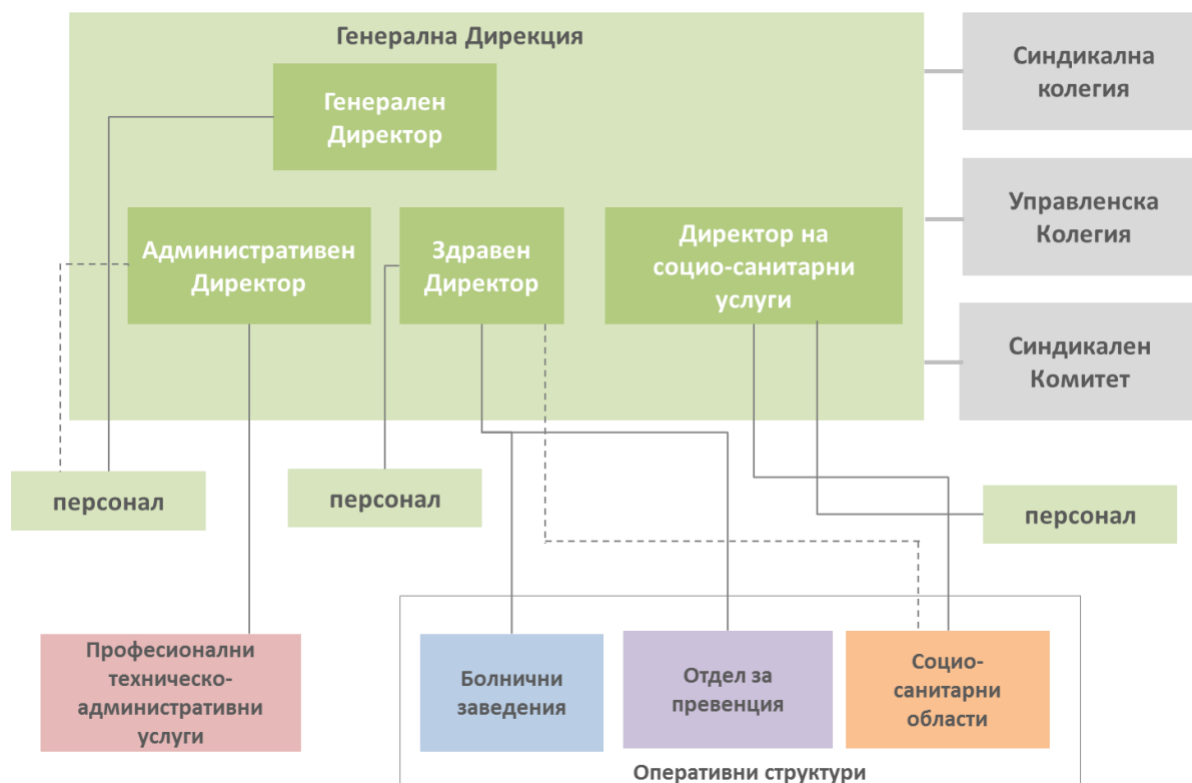
Органите на управление на агенциите ULSS са Изпълнителен директор, синдикална колегия, колегия за управление съгласно схемата по-долу.¹⁵³

¹⁵¹ IRCCS: ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

¹⁵² Giunta regionale е управителният орган на региона, установен по чл. 121 от Конституцията.

¹⁵³ За пълна структура и организация надеждността може да се разгледа документа на ULSS 6 - <http://www.sivempveneto.it/wp-content/uploads/2017/11/Atto-aziendale-Ulss-6-Euganea.pdf>

Фигура 9: Организационна структура на структурата на управление на ULSS



Законодателство: L. 833/78 създава Националната здравна служба като "набор от функции, услуги и дейности, който гарантира опазването на здравето". D. Lgs. 502/92 регионализира здравеопазването и здравните агенции имат публична юридическа личност и предприемаческа автономия като частна компания. D.Lgs 229/1999 установява акредитация на управление на клиники и развива на ролята на областите.¹⁵⁴ Министерски декрет DPCM 2001 определя съществените нива на подпомагане, гарантирани от регионите чрез местните здравни власти, болниците, звената за болници и университети, научните институти за хоспитализация и грижи и частните структури. Регламент DM 70/2015 определя качествените, структурни, технологични и количествени стандарти, свързани с болничната помощ.¹⁵⁵

Дейност: Агенциите осигуряват основните нива на помощ (*Livelli essenziali di assistenza*). Това са Услугите които Националната здравна служба трябва да осигури на всички граждани, безплатно или срещу заплащане на такса за участие (билет), с публични средства, събрани чрез общото данъчно облагане: Колективна здравна помощ в жизнени и работни среди, Областна помощ (колективна превенция и обществено здраве, социално-здравни помощи), Болнична помощ.

Те изпълняват следните дейности:

- взема участие в мандата на Конференцията на кметовете в подготовката на плановите за териториално сътрудничество чрез таблици с тематични области, които имат общи отговорности за планирането, координацията, надзора и контрола по здравни и социални въпроси

¹⁵⁴ Съгласно член 114 от Конституцията, Италия е разделена на общини (7982), провинции (области-93), метрополитни градове (14), регионите (20) и държава.

¹⁵⁵ http://www.unife.it/medicina/ls.infermieristica/studiare/minisiti/scienze_giuridiche_economiche/modulo-di-organizzazione-aziendale-in-ambito-sanitario/2016-17/lezione-7-febbraio-2017-vagnini.pdf

- Извършва чрез служба "Превенция - Правна медицина" функциите за установяване на гражданската инвалидност, свързана със Закон 104/1992 и Закон 68/1999 чрез съответните Интегрирани здравни (медицински) комисии
- Чрез службите за инспектиране на труда SPISAL (*Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro* / Превенция, здравеопазване и безопасност на работното място) гарантира защитата на здравето и безопасността на работниците на работното място с функция за контрол, надзор и насърчаване на здравето и безопасността на работното място.
- Активизира услуги директно към социални кооперации от тип Б съгласно член 5 от Закон 381/1991.
- Насърчава използването на социалните клаузи, посочени в член 2, параграф 2 от Законодателен декрет 163/2006, за включване в спецификациите за възлагане на тръжни процедури за суми над прага на Общността, които възнаграждават проекти за наемане на лица в неравностойно положение в рамките на службата предмет на договора.

2.2. Служба за трудова интеграция

С цел насърчаването и подкрепата за трудова интеграция на хората с увреждания, Регионални закони (за рег. Венето п. 16 от 3 август 2001 г.), в изпълнение на Закон №. 68/99, предвиждащ осигуряването на ефективни връзки между службите по заетостта и териториалните социално-здравни услуги, в член. 11, същият закон учредява Службата за интеграция на работното място (SIL, *Distretti Socio-sanitari*) в рамките на агенциите на ULSS и определя нейните задачи:

- Осигурява чрез извършване на оценка на потенциалните и индивидуалните потребности на индивидите и фирмите планирането и управлението на индивидуализирани пътеки на трудова интеграция и посредничество за установяване на позитивна среща между търсенето и предлагането на работа.
- осъществява мониторинг на преживяванията на работното място;
- насърчава сътрудничеството между заинтересованите страни на пазара на труда, системата за професионално обучение и социалното сътрудничество, доброволческата дейност, която работи специално в сектора и асоциациите на семействата и на потребителите;
- сътрудничи за свързването на мрежата от социални и здравни услуги, услугите на образователната система, професионалното обучение и услугите по заетостта;
- сътрудничи с други социални и здравни услуги за глобалното управление на лицето с увреждане и семейството му;
- сътрудничи със службите по заетостта за целите на ефективното прилагане на закона 68/99 в дейността на прякото познаване на дружествата, извършващи дейност на нейната територия;
- участва в провинциалния технически комитет, изискван от закон 68/99;
- установява органична връзка с интегрираната здравна комисия за установяване на условията на увреждане по чл. 4 от Закон №. 104/92 за оценка на професионалните умения (бивш L. 68/99), който по този начин се интегрира от социален работник SIL
- работи съгласно инструментите, изложени в DGR 1138/2008, като приеме метода на персонализирано планиране и участие, използвайки система за оценка на процесите и резултатите от интервенциите. Проектите се споделят с получателите и със социалните и социално-здравните услуги, те са разнообразни според нуждите на хората и са

разделени на следните проекти/услуги¹⁵⁶:

Таблица 5: Услуги за трудоустрояване на ХУ в рамките на ULSS

Проект	Цел	Методология	Времетраене
Наблюдение и ориентиране	В работен контекст да се прецени капацитета на лицето (по отношение на неговата автономия, социализация и взаимоотношения), за да се определи подходящ и адекватен път на интеграция в работна среда	Поставяне в работна среда	До 3 месеца
Обучение в дадена ситуация	Придобиване на капацитет и умения, полезни за постепенното трудоустрояване, насочени към намаляване на риска от провал в следващата фаза на целево трудоустрояване. Придобиване на работна автономия и социална роля	Работни стажове в компании или социални кооперации тип "B", където е възможно да се експериментира с различни работни дейности.	До 24 месеца
Посредничество за работа (сътрудничество с провинциалните служби по заетостта и местните предприятия и в изпълнение на Закон №. 68/1999.)	Лицето с увреждане да получи трудово правоотношение.	Идентифициране на задължени фирми, активизира стаж, наблюдаван от оператор на SIL	Между 3 и 6 месеца
Поддържане на работното място	Създаване на благоприятни условия за постоянна работа на лицето с увреждания	Оценка на искането, срещи м/у заинтересованите страни, наблюдение на работното място, консултиране и обучение на работодатели.	-
Подкрепа за активно търсене на работа	Развиване на умения, така че лицето с леко увреждане и / или в ситуации на социални затруднения да стане независим при активното търсене на работното място	Обучения, ориентация към работата и подкрепа за самостоятелно изследване на работата, дискусии и подкрепящи групи, групи за самопомощ, действия в полза на семейството.	-
Връзка между учене	Предварително опознаване на потенциала на учениците с	Инструменти за оценка на възможностите, срещи със	-

¹⁵⁶ Regione di Veneto. Allegato A alla Dgr n. 1138 del 06 maggio 2008. Linee di indirizzo sulle modalita' attuative e sugli strumenti posti in essere dai servizi integrazione lavorativa

и работа (сътрудничество с училища, и Центрове за професионална квалификация)	увреждания, за да се насочат да предприемат пътища за трудова интеграция, съобразени с техните нужди.	всички заинтересовани страни.	
Работа в защитена среда	Подкрепа за хората с тежки интелектуални или психически увреждания в защитената структура до възможност за работа в подкрепена среда.	Пласиране и наблюдение в защитена среда. Последващо пласиране в дружество или в социално кооператив тип "Б".	-
Работна интеграция на лица в социално неравностойно положение, делегирано към общините (за хора, които имат трудности в социалната адаптация и интеграция без да имат явна патология)	Да се създаде институционална система, способна да се справя по един недвусмислен и ефективен начин с наемането на хора в неравностойно социално положение, като избягва разхищаването на ресурси, причинени от припокривания или отсъствия от специфични интервенции;	Споразумения м/у ULSS, общини и областни служби по заетостта, създаване на техническа група за оценка и персонализиран проект на лицата, придружаване в работна среда и подкрепа за работодатели	-
Социална интеграция на работното място	интеграционни пътища в трудов контекст за хората със средно тежки увреждания в трудоспособна възраст, които имат увреждане, което не позволява вмъкване в пункт за работа, за придобиване на лична автономия и призната социална роля.	Оценка посредством SVaMDi, идентифициране на подходяща работна среда (приятелска социална и релационна среда, способна да предложи активни социални роли, адаптирани към нуждите и способностите на лицето), споразумения между лицето, фирмата и ULSS.	-

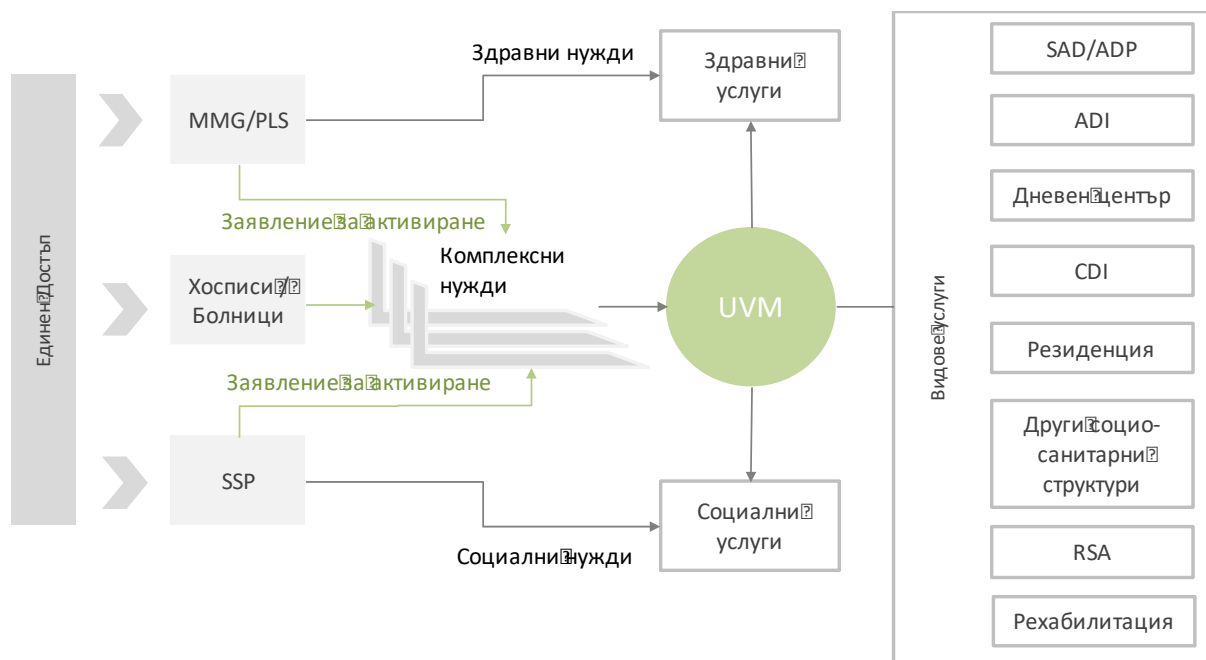
Закон 68/99 "Норми за правото на работа на хора с увреждане";

За Регион Венето: Регионален закон от 2001 г., п. 16 "Правилник за правото на труд на лицата с увреждания в изпълнение на закона 12 март 1999 г., бр. 68 и службата за интеграция в агенциите на ULSS"; Съвещание на регионален съвет от 2001 г., п. 3350 "Правилник за организация на службата за интеграция на труда в дружествата ULSS чл.12 Закон от 3 август 2001 г. № 16"; Заседание на регионалния съвет от 20 декември 2002 г., п. 3787 "Проекти за социална интеграция на работното място: методи на работа и работни инструменти; Заседание на регионалния съвет от 6 май 2008 г., п. 1138 - Насоки за методите за прилагане и за инструментите, въведени от службите за интеграция на работното място "

PUA (Единен достъп до услуги)

PUA е единната точка на достъп ("едно гише") - услугата, с която ASL осигурява оценка и подпомагане на хора със сложни здравни и социални проблеми. Специално насочен към възрастните и хората с увреждания, те се управляват от персонал от оператори, които слушат и анализират нуждите на лицето и семейството, идентифицират с тях най-подходящия терапевтичен път, който ги съпровожда във всяка фаза. Единният пункт за достъп представлява нов модел на подпомагане, основан на т.нар. "Поемане на отговорност", резултат от прехода от концепцията за "лекуване" до "полагане на грижи" на човека в сложността и глобалността на потребностите му, със специално внимание към семейството и контекста.

Фигура 10: Диаграма на потоците при интегрирани услуги за ХУ

*Интегрирана медицинска комисия*

Здравната оценка е отговорност на ULSS чрез интегрирани медицински комисии (CMI- *Commissione Sanitaria Integrata*). Комисията се състои от специалист по съдебна медицина, който поема функциите на председател и двама лекари, един от които е избран сред специалистите по трудова медицина. От 2010 комисията се допълва от лекар на INPS. В случай, че лицето е засегнато от психическо, умствено или интелектуално увреждане се включва и специалист по неврологични, психиатрични или психологически дисциплини. В комисията участва и здравен специалист, представляващ представителна асоциация, на категорията, към която принадлежи увреждането (ANMIC, UIC, ENS, ANFAS). Тя определя оценява всеки един симптом/увреждане, посочен в удостоверението и заявлението, които чрез конкретно изчисление съставляват окончателния процент на инвалидност на лицето.¹⁵⁷

Комисията¹⁵⁸ извършва дейност съгласно чл. 1, параграф 4 от Закона от 12 март 1999 г., п. 68, се извършват от комисии по чл. 4 от Закона от 5 февруари 1992 г., п. 104, съгласно критериите и процедурите, посочени в чл. 5 от този указ.

Начин на работа и процедура¹⁵⁹:

¹⁵⁷ <http://www.abilitychannel.tv/invalidita-civile-tutte-le-informazioni-utili/>

¹⁵⁸ <http://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/guido/11/3606.pdf>

Комисията за оценка, въз основа на констатациите, получени от по време на оценката, формулира окончателен протокол в рамките на четири месеца от датата на първото посещение на лицето. В заключителния протокол оценителната комисия формулира предложения за възможни форми на подкрепа и технически средства, необходими за вмъкване или поддържане на лицето с увреждания. След като приключат изследванията, Комисията изготвя доклада за посещенията, подписан от най-малко трима лекари (включително евентуално здравен специалист/лекар от представителната организация на съответния вид увреждане. Протоколът от заседанието показва данните, идентифициращи пациента, медицинската история, физическото изследване, здравната документация и диагностика, с кодовете за болестта, посочена в DM 5.2.1992, за последващо предаване на INPS. Протоколът на ASL е потвърден от Правния медицински център на INPS (CML), който може да поиска нови изследвания и прегледи. Докладът/протокол се изпраща на съответното лице с препоръчана поща. Окончателният протокол се връчва в оригинал на административните офиси на USSL, където е сформирана оценяващата комисия, заедно с цялата документация, получена и съставена по време на посещението. USSL се грижат за съхранението на документите. Копие на доклада и документацията се изпращат на медицинските комисии за проверка към Министерството на финансите, бюджета и икономическото планиране за одобряване или спиране на ефектите от клинично-здравните оценки (съгласно и в сроковете, предвидени в параграф 7 на чл. 1, на закона 15 октомври 1990 г., п. 295.) USSL изпраща копие от окончателния доклад до лицето с увреждания и до регионалната комисия по трудови политики (съгласно чл. 6 от законодателния декрет от 23 декември 1997 г., п. 469.) Техническият комитет на регионалното бюро по труда информира комисията за оценка относно пътя на включване в длъжност на лицето с увреждания, за което са формулирани насоките за проектиране за интегриране на работата, също за резултатите от направените последващи здравен прегледи, посочени в чл. 8.

Гореспоменатите комисии отговарят и за установяването на ситуацията на хандикап (съгласно чл. 3, ал. 1 от Закон 104/92) и на положението на тежко увреждане/ *handicap* (съгласно чл. 3, ал. 3 от Закон 104 / 92). За оценка на статут *handicap* комисията е същата, която установява гражданската инвалидност, но допълнена от: социален работник и експерт по разглеждания случаи (член 4, закон 104/92)

При планирането на календара за посещения, както и при посещенията по домовете, Медицинските комисии следват хронологичния ред на представяне на искането, предаден от INPS по електронен път. За случаите, предвидени в Закон 80/2006 (Субекти с неопластични патологии), медико-правната оценка трябва да бъде извършена в рамките на петнадесет дни от искането на заинтересованата страна. Резултатите от оценката имат незабавен ефект за предоставяне на ползите, произтичащи от признаването на вида увреждане, без да се засяга правомощието на медицинската комисия на INPS да преустанови решението до резултата от по-нататъшни разследвания. Лекарите, членове на комисии по време на посещението, използват IT инструменти, за да вмъкнат дефинираните случаи директно на портала на INPS. По време на посещението членовете на комисията използват утвърдения инструментариум за оценка според случая. За да се гарантира подходящ стандарт за провеждане на медико-правни дейности, е забранено да се насрочват сесии с повече от 50 свиквания. Председателите ръководят управлението на чакащите списъци на всяка комисия в организационната автономия, както и организационните аспекти на посещенията, като осигуряват колегиална оценка по време на фазата на медико-правното решение.

Исканията за посещения в дома на лицето с увреждане се оценяват от Комисията само ако е приложен медицински сертификат към заявлението, удостоверяващ състоянието на трудна подвижност/противопоказност.

¹⁵⁹ ASL – BRINDISI. Regolamento interno per il funzionamento delle commissioni mediche per l'accertamento degli stati di invalidita' civile, cecità, sordomutismo, handicap e disabilità, nel rispetto dei principi di eticità, trasparenza, imparzialità efficienza e buon andamento dell'attività amministrativa.

Комисионните на членовете на комисиите се заплащат съгласно чл. 26 от L. R. n. 26 от 09.08.2006 г. само при условие, че участието в заседанията на комисията е извършено извън графика за услуги. Възнаграждението, се плаща за всеки "дефиниран случай", което означава окончателното предаване на тази практика по електронен път на INPS. За оценките, извършени в дома, има допълнително възнаграждение.

Пример за структурата на комисиите в ASL Brindisi:

В рамките на ASL BR работят 12 Медицински комисии, две за всяко място в общините *Brindisi, Fasano, Ostuni, Francavilla, Mesagne, San Pietro*, отговарящи за извършването на медицински проверки за медицинско-правни цели, свързани с гражданска инвалидност (L 295/90), хандикап (Закон 104/92) и наемане на лица с хандикап (Закон 68/99). Има и две провинциални комисии, една за гражданска глухонямотост (Закон 381/70) и една за гражданска слепота (Закон 382/70).

В съответствие с принципа на ротация в канцеларията на публичната администрация, длъжностите на председател, член и секретар на комисиите са с продължителност една година.

Комисиите са винаги в състав на председател (специалист по съдебна медицина), на медицински специалист по трудова медицина, и на медицински представител от INPS. Допълнителни членове са както следва:

- Комисии за гражданска инвалидност: лекар без специална специализация, представител на здравна служба на Националната асоциация на инвалидите и на хората с увреждания (ANMIC).
- Комисията за удостоверяване на хандикап и увреждане: социален работник и Експерт - специалист по дисциплини, полезни за дефинирането на конкретни случаи.
- Комисията за установяване на гражданска слепота: специалист по офталмология и здравен представител на италианския съюз на слепите.
- Комисията за установяване на гражданска глухота: специалист по оториноларингология и здравен представител на Националната институция за защита и помощ на глухонемите.

В случай на оценка на психика на непълнолетни или на интелектуални и/или релационни увредени малолетни и възрастни, медицинската комисия трябва да бъде интегрирана със здравен представител на съответния вид увреждане от асоциация ANFFAS. Изключително допустимо е в случаите, в които психически и физически увреждания съществуват съвместно при един и същи пациент, едновременното участие на здравеопазването е както ANFFAS, така и ANMIC.

Председателят на Комисията отговаря за редовното изпълнение на функциите на Комисията. Той установява календара на работата, координира дейността на членовете и секретаря, формулира и контролира изготвянето на доклада от комисията. Секретаря изготвя протоколите на заседанията.

Тези функции се определят сред вътрешните служители или външни експерти, посредством сключени безсрочни трудови правоотношения с ASL на *Brindisi*. Членовете и секретаря не могат да участват в повече от една комисия, без да има доказан недостиг или спешни случаи, и във всеки случай след приемането на специална разпоредба в компетентността на директора на Отдел Превенция. Функциите на секретаря на комисиите се изпълняват от служителите на агенцията от постоянната администрация и принадлежат към професионален профил, най-малко на нивото на административния асистент.

Районно звено за многомерна оценка (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale)

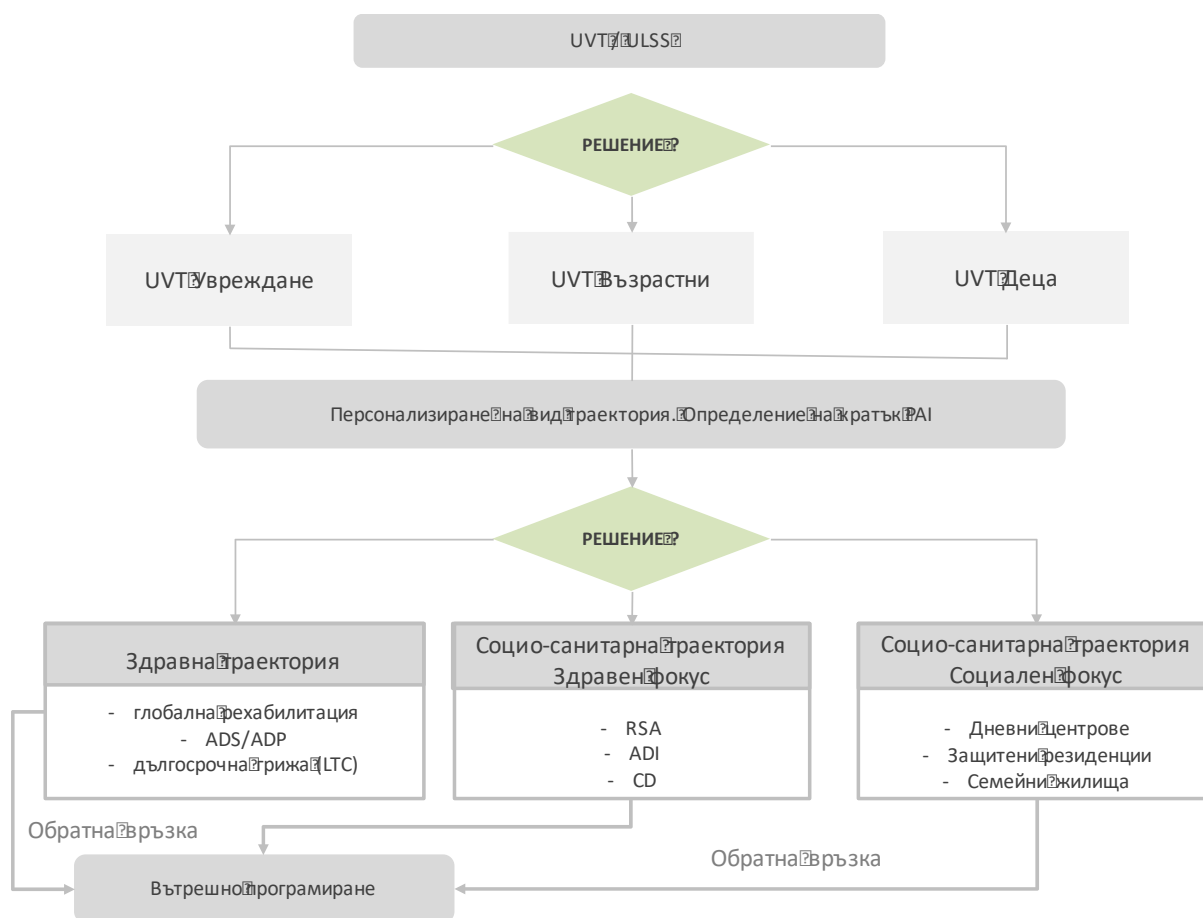
Това е орган – комисия за многомерна оценка в рамките на ULSS, който се сезира в случай на сложни и по-комплексни случаи, или заявления с цел персонализиране и предоставяне на териториални услуги за лицето с увреждане. Многомерната оценка цели изготвянето на индивидуализиран проект, както е посочено в чл. 14 от Закон 328/2000, който представлява модел на достъп до интегрираната система за социални и здравни услуги, които изискват междуйнституционална координация и интеграция на ресурсите. Бенефициентите на тази оценка и на териториалните социално-здравни услуги са жители на съответния регион, които са в състояние на сложна социална и здравна потребност: възрастни, хора с увреждания, психично болни, имащи зависимости, непълнолетни, които се нуждаят от специални мерки за закрила и закрила.

Състав на Екипа за многомерна оценка:

Този орган винаги работи съвместно с лицето с увреждане и семейството му. Всеки UVM е съставен от основно звено от помощник окръжен лекар (отговарящ за непрекъснатия път на грижите), социален работник на дружеството (ULSS) и на една от референтните общини. Те се консултират редовно с личния лекар на лицето с увреждане, с най-малко един лекар-специалист и един лекар-специалист по здравеопазване, специализиран в дисциплините на увреждането на лицето, които трябва да бъдат оценени, и психолог, присъстващ, за да оцени психическите и емоционалните нужди на човека и да улесни комуникационния процес между лицето и звеното. Според случая UVM може да включи други социални, здравни оператори, медицински специалисти, отговарящи за полу-жилищни или жилищни структури от мрежата от социални и социално-здравни услуги. UVM в дейността по идентифициране на нуждите на учениците с увреждания за целите на училищната интеграция се състои съгласно DGR n. 2248 от 17.07.07 г., от: областният директор или негов делегат, социален работник на местните социално-здравни служби на агенцията ULSS, специалист по детската невропсихиатрия или психолог за развитие.

След оценката UVM трябва да избере най-подходящите услуги, които ще определят най-подходящия терапевтичен път, съгласуван с лицето и семейството му. Терапевтичният път е съобщен на всички заинтересовани страни от социално-здравната мрежа, които трябва да осигурят предоставянето на услугите за лицето.

Фигура 11: Териториална единица за оценка (UVT)

**Начин на работа:**

Многомерната оценка на увреждането се изисква от лицето с увреждане, родителя, настойника или от администратора на помощта.

Лицето, което отговаря за района, предвижда организирането на дейността по UVMD. По-специално той трябва да гарантира: пълнотата на предварителната фаза на заявленията; наличието на незаменимите членове на екипа; участието на външни професионалисти, необходими за оценката на всяка ситуация; проверка на времето и административното функциониране; актуализиране, вкл. виртуално, на всички регистри на ресурси.

Регионите възлагат многомерната оценка на конкретни звена, които могат да имат достъп до протоколите и документите, получени по време на основната оценка (от медицинските комисии) - без да се засягат действащите разпоредби относно защитата на личните данни - актове, които те трябва да вземат предвид. Оценката на малолетни или непълнолетни включва представители на учебни и образователни структури.

Индивидуалният проект се изготвя от UVMD съвместно с лицето с увреждане или неговия представител и подробно показва инструментите, ресурсите, услугите, мерките и условията, необходими за компенсиране на ограниченията върху дейностите и участието на лицето в различните области на живот, вкл. в контекста на проект за наемане на работа или на образование на ученици/студенти с увреждания. Едновременно с изготвянето на индивидуалния проект се посочва името на мениджъра на случая (case manager), което

отговаря както за посредничеството, така и за взаимоотношенията със службите, участващи в проекта, и за връзката с въпросното лице. UVMD осъществява мониторинг и проверка на резултатите в одобрени проекти.¹⁶⁰

Времева рамка

UVMD трябва да бъде извикан в рамките на максимум 30 дни от получаване на заявлението. След оценката UVMD изпраща на заявителя в рамките на 10 дни резултата от неговата молба, обобщението на одобрения индивидуален проект, референтния оператор и всякаква друга полезна информация за гражданите. В рамките на 30 дни от получаването на индивидуалния проект или от резултата от заявлението заявителят може да подаде мотивирано и документирано искане за преразглеждане. UVMD в рамките на 30 дни от получаването на молбата за преразглеждане / преразглеждане отговаря на мотивирания акт на заявителя.

Инструментарии за оценка

Критериите и средствата за оценка на дейностите и участието, околната среда и личните фактори се определят от насоки, изготвени от Министерството на труда и социалната политика, съгласувано с Министерството на здравеопазването и с министъра на университетските и научните изследвания, в съответствие с принципите, изложени в Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания и Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF). Насоките са приети по време на Държавната конференция на регионите (*Conferenza Stato Regioni*).

2.3. Областни служби за заетост

Областни служби за заетост (*Servizio Provinciale per l'Impiego SPI*)¹⁶¹ идентифицират най-добрите стратегии за реално прилагане на Закон 68/99, който във връзка със социалните, здравните, образователните и обучителните услуги на територията насърчава планирането, изпълнението и проверката на интервенциите, насочени към трудова интеграция на ХУ. Специализираната служба по трудоустройство е структурирана в рамките на услугите за ползване на провинциите съгласно стандартите, посочени от региона с Резолюция №. 1988 г. от декември 2009 г. С този нормативен акт е счетено, че на хората с увреждания трябва да им бъде гарантирано първоначално интервю по време на тяхното заявление и в рамките на следващите 30 дни трябва да се осигури второ интервю за определяне на персонализиран професионален проект, изграден въз основа на функционална диагностика и в тясна интеграция / взаимодействие със социални грижи и / или здравни услуги. Въз основа на споразумения и конвенции социално-здравните териториални служби на ULSS действат съвместно с SPI и останалите оператори от мрежата за целево трудоустройство с цел интегрирано и ефективно управление на услугите за хора с увреждане.

Допълнително областните служби за заетост:

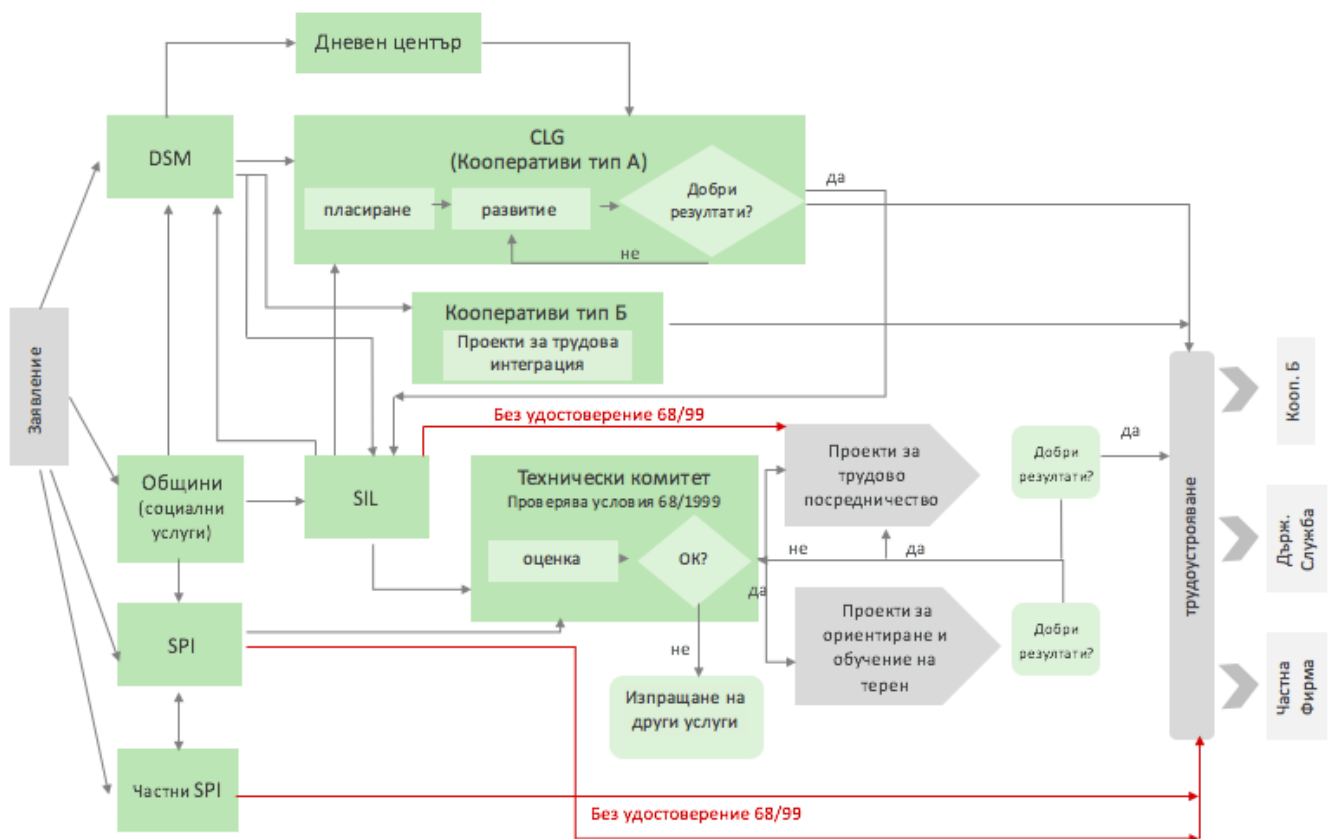
- предоставят информация и съвети на хората за изграждането на специализирани професионални и работни проекти, с интервюта за ориентация, указания за обучение и възможности за работа на провинциална, национална и европейска територия;
- предлага на фирмите, трудовите консултанти и професионалисти: списъци и подбор на

¹⁶⁰ ALLEGATO A alla Dgr n. 4588 del 28 dicembre 2007 pag. 2/5

¹⁶¹ <http://www.informagiovanioroma.it/lavoro-e-impresa/opportunita/servizi-per-l-orientamento-e-la-ricerca/i-centri-per-l-impiego>

- персонал, консултации по договори, облекчения и стимули за фирми,
- управлява списъците за целево трудоустрояване, издаване на разрешителни, изключения и териториална компенсация, подписването на споразуменията, както се изисква от L.68 / 99;
- развива сътрудничество с външни специализирани служби, насочени към анализиране на характеристиките на работното място и уменията на работника, в посредничеството между нуждите на работодателя и тези на лицата с увреждания да улеснят динамичната среща между търсенето и предлагането на работа, в обучение и преквалификация на работника; насърчава, винаги в съответствие с логиката на целенасочено наемане, новаторски начини за социална интеграция на хората с умствени увреждания, включително уреждане на споразумения, насочени към тяхната заетост в социални кооперации от тип Б или чрез възлагане на договори от частни фирми (чл. 14 на Законодателен декрет 276/2003, и чл. 12 на 68/1999).
- специализираната услуга за целево трудоустрояване е посветена на предоставянето на услуги на хората с увреждания и на бизнеса и е част от териториална мрежа, интегрирана с публични и частни субекти, участващи в различни способности за
- гарантиране на правото на труд и социалното включване на хора с увреждания.

Фигура 12: Процес на предоставяне на услуги и трудоустрояване



3.4. Национален институт за социално осигуряване (INPS)

INPS¹⁶² е една от най-големите и най-сложни организации за социална сигурност в Европа. Институтът управлява почти цялото италианско обществено осигуряване с бюджет, чийто размер е на второ място след бюджета на държавата. Повечето служители от публичния и частния сектор и свободните професии са осигурени от INPS. Отговорностите и вътрешното функциониране на INPS се регулират от законодателството. Италианската система за социално осигуряване е създадена през 1898 г. със създаването на Национален фонд за социални помощи (*Cassa nazionale di previdenza*), който се занимава със социалното осигуряване на хората с увреждания и възрастните работници. През 1933 се преобразува в INPS и става стълб на националната система за социално подпомагане. Има юридическа правосубектност със самостоятелно управление съгласно публичното право. През 1989 г. законът за реорганизацията на INPS (Закон 88 от 9 март 1989 г.) преобразува института в модерна агенция за услуги, която въвежда икономически и предприемачески критериите и финансово разделя помощта от социалното осигуряване. През 2011 г. бяха закрити INPDAP (Национален осигурителен институт за служителите в държавната администрация) и ENPALS (Национална агенция за социално осигуряване и подпомагане на работниците в шоубизнеса), а на 31 март 2012 г. компетенциите на двете агенции бяха предадени на INPS, за да се направи обществена услуга по-ефективна и ефективна, като по този начин се гарантира, че гражданите имат един събеседник за помощ и социално-осигурителни услуги. Следните групи дейности, за хора с увреждане се предоставят от института: Обществено осигуряване, Управление на ефективността за подпомагане на доходите, Подпомагане (помощи и пенсии), Инспекция.

Всяка година INPS изисква за притежателите на статут на гражданска инвалидност с икономически придобивки да подават декларации (онлайн) съгласно закона за признаване на инвалидността (член 1, Закон от 23 декември 1996 г., н. 662, и закона 24-ти Декември 2007, №. 247). Таблица¹⁶³ обобщава задълженията за докладване според различните признати увреждания. С министерско постановление от 2 август 2007 г. Министерството на икономиката и финансите и Министерството на здравеопазването идентифицират патологиите и уврежданията, изключени от последващи проверки. Указът посочва здравната документация, която трябва да се поиска от медицинските комисии на ASL, които са подходящи за потвърждаване на увреждането.

¹⁶² Структурата на института може да бъде разгледана подробно на <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=45597>

¹⁶³ <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=49987>

3. Методика относно ЕР на хора с увреждания

3.1. Първоначална медико-правна оценка

3.1.1. Оценка на гражданската инвалидност

Медицинската комисия на USSL/ INPS извършва медико-правна оценка на здравното състояние на лицето, което довежда до гражданска инвалидност/неработоспособност и достъп до права (*disability eligibility*) посредством утвърдените през 1992 г. със закон 104, таблици на увреждащи патологии и заболявания, актуализирани за последно през 2012¹⁶⁴ и използващи към настоящия момент ICD-9.

В случай на две или повече патологии, за да се определи процента на пълната инвалидност, не е достатъчно да се направи просто сумиране на резултатите от инвалидността. Трябва да се приложи "редукциониращи" изчисления. Например, ако едно заболяване съответства на 50 точки на инвалидност, а друго на 40 точки, общото увреждане няма да бъде 90 точки, а 70 точки. Изчислението се извършва по следния начин: (първо увреждане + второ увреждане) - (първо увреждане x второ увреждане). Това изчисление е познато като Формулата на *Balthazard* и намира приложение в случай на множество съпътстващи увреждания на органи и отделни функционални апарати:

$$IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$$

където общата инвалидност IT е равна на сумата на частичните инвалидности IP1, IP2, намалена с техния продукт.

В показания пример: $[(0.50 + 0.40) - (0.50 \times 0.40)]100 = 70$

В случай, в който съществува предварително съществуваща патология, която не се отнася до гражданската инвалидност, е необходимо да се използва формулата *Gabrielli*¹⁶⁵. Формулата е

$$D = [(C-C1)/C]100, \text{ където:}$$

C Остатъчен капацитет преди произшествието/здравословно проявление (степен на предварително съществуващ капацитет (т.е. 100% минус процента на старото увреждане)

C1 Остатъчен капацитет след произшествието

За да се обобщят уврежданията, засягащи един и същ орган, трябва да се използва *Соломонично* изчисление, въз основа на което след изчисляването на процентите, свързани с дадена инвалидност, общият процент на инвалидност ще бъде изчислен като средната стойност между сумата на единичната инвалидност и резултата от пропорционалната редукционна формула, съгласно следната формула:

$$IT = (ST+FP)/2$$

където ST е сумата от индивидуалните увреждания (например 40% + 20% = 60%) и FP резултатът от пропорционалната редукционна формула на *Balthazard* (където 40% и 20% дават 52%).

¹⁶⁴ http://www.malatidireni.it/filesito/CSR/INVALIDITA_CIVILE.pdf

¹⁶⁵ circolare n. 14/1992 dell'allora Ministero del Tesoro

Общо 26 са таблиците с патологии, които определят процента на гражданска инвалидност. Това са: Дихателна система; Храносмилателна система; Обонятелна система; Ендокринната система; Репродуктивна система; Мускулно-скелетната система - долни крайници; Мускулно-скелетната система - горна част на тялото; Система на движение; Централна нервна система; Периферна нервна система; Психика; Слухов апарат; Отделителна система; Вестибуларен апарат; Визуален апарат; Лицева структура; Сърдечно-съдова система; Говорен апарат; Вродена или малформативна патология; Стоматологична система; Имунна патология; Неопластична патология; Системна патология.¹⁶⁶

3.1.2. Оценка на увреждане/хандикап и нужда от рехабилитация

Оценката на хандикап се извършва от Медицинските Комисии, извършващи оценка за инвалидност, но допълнени със социален работник. Съгласно предложението за реформа тази оценка би трябвало да бъде приобщена или към инвалидността или към многомерната оценка на увреждане, която да включва като основен инструмент контролните списъци на ICF, имащи за цел да идентифицират специфични нужди на лицето и предлага решения.

Този статут не отваря директно финансови ползи, но е необходимо условие, за да могат лицата да се възползват от други видове ползи, включително квоти за заетост, предоставени на работници с увреждания и членове на техните семейства, които ги подпомагат, и платен отпуск от две години за членове на семейството, които подпомагат лица със сериозни увреждания (статут *handicap grave*). Изискването за тежест се счита за изпълнено, когато в доклада се впише: *HANDICAP GRAVE* съгласно чл. 3, параграф 3 от Закон 104/92. Другите степени на хандикап са: лице с хандикап до 2/3 (член 3, параграф 1, закон 104/1992) и лице с хандикап, надвишаващ 2/3 (член 21, закон 104/1992)

Няма точни скали, които да обвързват заболяването с хандикап. Оценката на степента на хандикап в действителност е много специфична на социалния контекст на лицето¹⁶⁷.

Понастоящем за оценка на увреждане най-широко разпространени са скалите Indice di Barthel (BI), Modified Rankin Scale (MRS), Complessità Clinica - Rehabilitation Complexity Scale Extended Versione 13" (RCS-E v13), Resident Assessment Instrument и Support Intensity Scale (SIS). Допълнителни скали според заболяването са и Mini mental state, Six minutes walking test (6MWT), Barthel Dispnea Index, Borg Modificata (M-Borg), Level of Cognitive Functioning (LCF), TOAST, NRankin и др.¹⁶⁸

Indice de Barthel

Използва се за оценяване на степента на независимост на пациенти (първоначално създадена за лица, преминали инсулт) при изпълнението на някои задачи при дейностите от ежедневието. Това е лесна за прилагане скала в рамките на 5 - 10 минути. В тази многомерна скала, се разглеждат 10 дейности от ежедневието, включително пикочна и чревната

¹⁶⁶ Подробни таблици със съответни стойности на <https://www.studiocataldi.it/calcolo-invalidita-permanente/invalidita-civile.asp>. Официален документ на INPS с таблици и начин на оценка на инвалидност <https://www.inps.it/docallegati/Informazioni/approfondimenti/pensioni/prestazioniassistenziali/provvidenzeeconomicheinfavoredeiminoraticivili/Documents/Linee Guida INPS Accertamenti Stati Invalidanti.pdf>

¹⁶⁷ https://www.laleggepertutti.it/156786_elenco-malattie-diritto-104

¹⁶⁸ Презентация на Maria Grazia Benedetti, SC Medicina Fisica e Riabilitativa Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

континенция, и не се изискват специални познания на проверяващия; надеждността между инспекторите и наблюдателите е добра.¹⁶⁹

Таблица 6: Скала на Barthel

Дейност	С помощ	Независим
Хранене	5	10
Преместване се от стол на легло и обратно	5-10	15
Лична хигиена (мене на лице, миене на зъби, ресане и бръснене)	0	5
Сядане/ставане от тоалетна чиния	5	10
Къпане	0	5
Ходене върху равна повърхност	10	15
Качване и слизане по стълби	5	10
Обличане	5	10
Контрол на сфинктера (червата)	5	10
Контрол на сфинктера (пикочния мехур)	5	10

Скалата дава резултат между 0-100, като ниските стойности са изразяване на по-висока степен на увреждане, а високите стойности са изразяване на малка степен на увреждане. При обща стойност от 50 до 80 лицето се смята за независимо в ежедневиия живот. При 15 - 45 лицето е частично зависимо в ежедневиия живот, докато при 0-10 лицето е напълно зависимо.

Katz index of daily living

Тази скала се използва при рехабилитация на пациенти с фрактури на шията на бедрената кост. Скалата е с лесна за приложение с умерено време за работа (около 5 минути), което може да се използва за рехабилитация и клинична практика, която позволява оценяване на зависимостта (постоянни затруднения) на лицето с 6 прогресивни нива на тежест.

Таблица 7: Скала на Katz

Дейност	Независим	Зависим
Къпане	Помощ само за измиване на една част	Помощ за измиване на повече от една част от тялото, за влизане или излизане от банята
Лична тоалетна	Придвижване към тоалетна, сядане, оправяне на дрехите и осигуряване на интимна хигиена	Използване на леген или получава помощ
Придвижване/Прехвърляне	Самостоятелно сядане, лягане и ставане	Помощ за лягане или ставане от леглото и стола; не може да извърши едно или повече прехвърляния
Обличане	Взимане на дрехи от шкафови и чекмеджета, и пренасяне	Невъзможност за самостоятелно обличане или частично събличане
Въздържане	Самостоятелно контролирано уриниране и дефекация	Частично или пълно въздържане
Хранене	Самостоятелно хранене (от чиния към уста)	Помощ за хранене

¹⁶⁹ В приложение – бланка за оценка по скалата на Бартел

В скалата се считат 6 елемента (лична хигиена, обличане, използване на тоалетна, въздържание, хранене и способност за движение) с прогресивен мащаб на степента на зависимост (от А до G): А (независимост на всички дейности); В (независимост на всички функции минус една); С (независимост, с изключение на къпане и още една друга функция); D (независимо от всичко, с изключение на къпане, обличане и още една функция); И (независимо от всичко, с изключение на къпането, обличане, ходене до тоалетната и още една функция); F (независимо от всичко, с изключение на къпане, обличане, ходене до тоалетна, способност за движение и още една функция); G (зависимост на всичките 6 функции).

Rehabilitation Complexity Scale (Оценъчна скала за клинична сложност при рехабилитация)

Този метод се използва за оценка на клиничната сложност на дадено лице с увреждане. В признатата италианска версия (RCS-E v13) скалата притежава резултати между 0-22; ниските стойности изразяват незначителна сложност, а високите стойности по-голяма сложност. Скалата съдържа 33 дейности, разпределени в 5 раздела¹⁷⁰. Времето за оценка е около 15 минути. Разделите са както следва:

- Грижи или риск (С или R): 5 вида С; 5 вида R, всяко с оценка до 4 т. Обща оценка до 4 т.
- Специализирани грижи от медицински сестри (N): 5 вида с оценка до 4 т.
- Медицински грижи (M): 5 вида с оценка до 4 т.
- Терапевтични потребности (TD и TI): 5 вида TD и 5 вида TI, всяко с оценка до 4 т. Обща оценка до 8 т.
- Необходимост от помощни средства (E): 3 вида с оценка до 2т.

За оценката на много тежки увреждания (*disabilità gravissima*) в рамките на предоставяне на задължителни медико-социални грижи съгласно закона “След нас” и според вида заболяване се използват скалите *Glasgow Coma Scale*, *Clinical Dementia Rating Scale*, *ASIA Impairment Scale*, *Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council*, *Expanded Disability Status Scale (EDSS)*, *Scala di Hoehn e Yahr*, *LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation*.¹⁷¹

Увреждането се счита за много тежко в следните случаи:

- a) хора в състояние на кома, вегетативен статус (SV) или състояние на минимално съзнание (SMC) и с оценка в скалата на *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10 ;
- b) хора, зависими от непрекъсната механична или неинвазивна механична вентилация (24/7);
- c) хора с тежък или много тежък статус на деменция с оценка по скалата за оценка на клиничната деменция (CDRS) > 4 ;
- d) лица с увреждания на гръбначния стълб между C0 / C5, независимо от характера им, с ниво на лезиите, идентифицирани от нивото на скалата *ASIA Impairment* от степен А или В. В случай на лезии с асиметрични резултати двете страни трябва да бъдат оценени с увреждания от клас А или В;
- e) хора с тежко двигателно увреждане от неврологична или мускулна патология с общ мускулен баланс ≤ 1 до 4 крайници в скала на *Medical Research Council* (MRC) или с *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 или стадий 5 на Hoehn и Yahr;
- f) хора със сложна сензорна недостатъчност, т.е цялостно зрително увреждане или с визуален остатък не по-голям от 1/20 в двете очи или в най-доброто око, дори при възможна корекция или с бинокулярен периметричен остатък по-малък от 10 процента

¹⁷⁰ В приложение – презентация с обяснени раздели на RCS скалата и конкретни примери

¹⁷¹ Методи и начин на изчисление на различните скали за тежко увреждане: 30-11-2016 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 280 ALLEGATO 1: Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima

и хипоакузис независимо от времето на възникване, равно или по-голямо от 90 dB на HTL средно между честотите 500, 1000, 2000 hertz в най-добро ухо;

- g) лица с тежко поведенческо увреждане на аутистичния спектър, приписан на ниво 3 от класификацията на DSM-5;
- h) лица, диагностицирани с тежка или дълбока умствена изостаналост съгласно класификацията на DSM-5, с IQ \leq 34 и със степен на скалата *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) \leq 8;
- i) всяко друго лице в състояние на зависимост, което се нуждае от постоянна помощ и наблюдение в рамките на 24 часа, седем дни в седмицата, за сложни нужди, произтичащи от сериозни психофизични състояния.

3.1.3. Формуляри, нужни документи и оценителен доклад¹⁷²

Медицинско свидетелство

За да започне процесът на установяване на статута на гражданска инвалидност или хандикап заинтересованата страна трябва първо да посети сертифициран лекар (вкл. Общо практикуващ лекар) и да поиска уводно медицинско свидетелство. Свидетелството трябва да посочва (в допълнение към личните данни, данъчния код и кода на здравната карта) точната природа на заболяванията с увреждания и съответната диагноза.

Данните, фигуриращи в медицинското свидетелство, са следните:

- лични данни на гражданина, попълнени с данъчен код и номер на здравната карта;
- клинични данни (анамнеза, обективност).
- индикация за всички протичащи онкологични патологии (за да се възползват от разпоредбите на Закон № 80/2006: повикване в рамките на 15 дни)
- посочване на сериозните патологии, предвидени в приложението към министерския указ от 2 август 2007 г. (с цел да се ограничи времето за свикване в рамките на 15 дни)
- посочване на целта на удостоверение (за гражданска неработоспособност / слепота / глухота / увреждане - Закон 104/92 / увреждане - Закон 68/99)
- диагностика, ICD-9 кодиране

В удостоверението има възможни отметки за следните случаи:

- Лицето не може да върви без постоянната помощ на спътник
- Лицето не е в състояние да изпълнява ежедневните си задачи без постоянна помощ
- Лицето страда от продължаващо неопластично заболяване
- Лицето страда от патология в ситуация на тежест според D.M. 2 август 2007 г.
- Има непрекъснати медицински противопоказания, които правят лицето, което се движи от дома си, рисковано или опасно за себе си или за другите.

Сертификатът е валиден за максимум 90 дни (съобщение на INPS от 9 ноември 2010 г., № 28110) какъвто е и срокът, в който трябва да бъде подадено заявлението. Сертификатът се попълва и подава дигитално към INPS от лекаря, като завършва с разпечатване на разписка за лицето. Разписката носи и номера на сертификата, който гражданите трябва да съобщят в заявлението за комбиниране на двата документа (сертификат и искане за посещение). Лекарят

¹⁷² Заявлението и медицинското свидетелство са регламентирани образци на администрацията

предвижда и отпечатването и издаването на оригиналния подписан встъпителен сертификат, който гражданите трябва да покажат по време на посещението им в ULSS.

Заявление

След получаване на медицинското свидетелство заинтересованата страна може да подаде заявление като посочва идентификационния код на медицинското свидетелство. Заявлението трябва да бъде подадено само по електронен път:

- чрез патронаж или сдружение за инвалиди (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS);
- директно от заинтересованата страна, използвайки личен PIN, издаден от INPS (вкл. и при непълнолетни)

Веднага след като получи пълното заявление, INPS го придвижва по електронен път, на компетентната регионална ASL/ULSS.

Заявлението се попълва по електронен път и съдържа основни административни данни на лицето, за кое признаване подлежи (при вече признати статuti, може да се посочи влошаване) вкл. и за право на целенасочена заетост. Декларира се и неговото гражданство, право на пребиваване в Италия, адрес, жилищен и семеен статус, заетост. Декларира се, че увреждането не е следствие на война, военна служба или трудова злополука. Лицето може да посочи в кои дни от седмицата/време през деня не може да бъде извършено посещение (до 3 дена). Като INPS приеме заявлението и сертификата сформира медицинска комисия и придвижва посещение и преглед на лицето.

Оценителен доклад/протокол на Медицинската комисия на ASL/ULSS

Комисията за медицинска оценка, въз основа на получените констатации на въвеждащия медицински сертификат, последващи прегледи и посещението на лицето с увреждане, формулира окончателен протокол-доклад в рамките на четири месеца от датата на първото посещение. В заключителния доклад оценителната комисия формулира предложения за възможни форми на подкрепа и технически средства, необходими за подпомагане или поддържане на лицето с увреждания.

- Първата част на доклада се посочват чувствителна информация като лични данни (име, адрес, семейно положение и т.н.) и данни, свързани с прегледа (първа оценка, преглед, влошаване). Посочват се и причините за представяне на заявлението и вида на оценката (първа оценка, преразглеждане, влошаване и т.н.), датата на сесията, датата на подаване на заявлението (тъй като икономическите ползи започват от първия ден на месеца, следващ подаването на заявлението). Накрая се посочва дали е посещение в дома или в териториалната здравна структура.
- Втората част на доклада съдържа медицинска история и диагноза, допълнителни изследванията се провеждат в случай, че комисията реши, че се нуждае от допълнителна информация на тази, представена по време на посещението.
- Трета част описва кодовете, т.е. статута на призната инвалидност/хандикап/увреждане. В тази трета част се посочва също така дали признатата инвалидност е подложена на промени с течение на времето и следователно подлежи на посещение за преразглеждане или е трайно увреждане, т.е. не подлежи на никакво преразглеждане. При патологии или увреждания, включени в списъка на министерския декрет от 2

август 2007 г., и за надбавки за комуникация и придружител, лицето може да се освободи от последващ контрол и проверки (за статута на граждански инвалид).

- Четвъртата и последна част от доклада е запазена за подписите на членовете на Комисията за оценка, т.е. президента, секретаря, друг лекар на ASL, лекар по трудова медицина и секторен лекар на INPS.¹⁷³

Докладът е изготвен в две версии: първият с обобщение на събраните данни, вторият с най-деликатните данни.

3.2. Второстепенни многомерни оценки на увреждането за предоставяне на териториални услуги

3.2.1. Експериментална матрица за многомерна оценка Support Intensity Scale

Support Intensity Scale (SIS) скала е експериментирана в Италия и се прилага от някои ASL от 2008г. насам.¹⁷⁴ Тя се съсредоточава върху модела и интензивността на нуждите от подкрепа, необходими за даване на възможност на пълнолетни лица с психо-ментални увреждания да участват пълноценно в средата си. SIS е разработена след дълъг период на обучение в отговор на промените в начина, по който обществото разглежда и се отнася към хората с увреждания. Тя включва три раздела:

- В раздел 1 са включени 49 дейности, свързани с живота, групирани в шест основни подхода: дейности, свързани с живота в дома, в общността, дейностите за учене през целия живот, дейностите, свързани със заетостта, здравеопазването и безопасността, социалните дейности.
- Раздел 2 прилага допълнителна скала за защита и правна защита.
- Раздел 3: Потребност от медицински и поведенчески тип, изброява 15 медицински състояния и 12 поведенчески проблема. Поддържащите нужди от всяка жизнена дейност се анализират по три параметъра: честота, дневна продължителност и вид подкрепа.

Скалата е съвместима с ICF на СЗО и е достатъчно обширна, за да може да се прилага при оценка на нуждите от подкрепа и на други видове увреждане¹⁷⁵. Попълването на тази оценъчна карта продължава в рамките на час.

3.2.2. Пилотна регионално утвърдена методология SVaMDi (базиран на ICF)

SVaMDi се използва за организиране на регионалното планиране на услугите за хора с увреждания и позволява да се направи обективна и надеждна оценка на идеалния или съвместим път за предоставяне на (интегрирани) услуги към ХУ. Това е стандартизиран инструмент за последователно събиране на информация и последващо изготвяне на индивидуалния проект на лицето с увреждания в зряла възраст и отговаря на необходимостта от хомогенизиране на системите за оценка на хората с увреждания. Методология SVaMDi¹⁷⁶ първоначално иницирана в регион Венето и тази глава описва методиката, отнасяща се до

¹⁷³ <http://www.handylex.org/schede/verbale.shtml>

¹⁷⁴ Протоколът за прилагане на скалата не е достъпен. Може да бъде закупен от Vanninieditrice.it. Обща информация на <https://www.amicodi.org/ricerca-scientifica/pubblicazioni/57-la-sis-una-nuova-scala-di-valutazione-per-la-disabilita>

¹⁷⁵ <https://books.google.bg/books?id=XJm8ADoLAVoC&pg=PA77&lpg=PA77&dq=la+scala+SIS+e+ICF&source=bl&ots=wWtiDSH5HH&sig=Ob3BV5UHmWDv766IJ5V8rRC4g-I&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjptyskizbAhVJLZoKHRobChUQ6AEIKzAA#v=onepage&q=la%20scala%20SIS%20e%20ICF&f=false>

¹⁷⁶ <http://www.ulss12.ve.it/docs/file/modulistica/SVAMDI.pdf>

прилагането и в регион Венето. Инструментът представлява оценъчна карта, протокол за изчисление на алгоритъма и протокол за работа на екипа.

Карта за оценка

В използваната карта за оценка се съдържат и систематизират няколко метода за откриване на нуждите от подкрепа и грижи за хората с увреждания. Картата за оценка съдържа следните раздели:

1) Здравна оценка за достъп до териториални услуги

Информацията се подава от личния лекар на базата на познанията за клиничното и / или социалното положение на лицето с увреждане (на възраст 18 или повече години), което може да наложи сложни интервенции с амбулаторни, домашни, жилищни или полу-жилищни структури за настаняване с възможна социална интеграция. В бъдеще се очаква тази информация да бъде дигитализирана в рамките на първичната оценка за инвалидност от INPS и автоматично да бъде предоставена на вниманието на екипите за многомерна оценка. Става дума за основни и допълнителни здравни диагнози спрямо последни версии на ICD (регион Венето вече използва ICD 10), и синтезирани здравни данни като килограми, вид и начин на приемане на лекарства, използване на помощни уреди, и списък с видове лечения и терапии на лицето.

2) Специализирана оценка: Функционалност и увреждане¹⁷⁷

Този раздел включва всичките 8 глави на ICF, в рамките на които някои раздели, считани за значими, са избрани за целите на дефинирането на профилите на тежест и на функциониране. Разделите, посветени на менталните функции, се съставя и / или допълва от оценките на психолозите, присъстващи в службите на компанията.

Този раздел се изготвя от:

- професионални преподаватели, в резултат на наблюдението на работата на лицето в ежедневието и на уменията, възприети въз основа на инструменти по усмотрение на отделния професионалист. Същото е свързано и с наблюдението на факторите на околната среда - конкретно взаимоотношенията - нагласи - които влияят върху представянето и уменията на човека.
- социални работници, в съответствие със социалната оценка, за аспектите на дейностите, които могат да бъдат намерени в контекста на дома и семейството, включително фактори на околната среда и подкрепа на официалната и неформалната мрежа.
- Психолози допринасят за анализа на съгласуваността между участието (A&P) и психическите функции.

3) Социална оценка: в този раздел се включва информация за семейно и жилищно положение, образователен, трудов и социален статус на лицето, налични видове удостоверения за инвалидност и хандикап, наличие на социални помощници и услуги,

¹⁷⁷ В зависимост от региона може да бъде използван един или комбинация от описаните скали за специфично увреждане, описани в предната подточка. В регион Венето тази оценка включва функционалност и увреждане съгласно разработени ICF челисти и алгоритъм описан по-подробно в този доклад. Методиката на регион Кампания може да бъде намерен в Библиографията на доклада.

контакти на лекуващи лекари и икономическо състояние на лицето по вид месечни доходи.

- 4) Синтез на оценката с основен профил на тежест и функциониране, референтно лице на проекта и данни за лицата в оценителните екипи.
- 5) Кодирание на индивидуален проект, в който се посочват различните услуги, които трябва да се предоставят от регионалните структури като: дейности в дневни центрове, транспорт, проект за професионално-социална рехабилитация, трудоустрояване, помощни средства, интегрирани домашни помощи, учебна подкрепа, институционализиране в медико-социални структури.

За изготвянето на тази част екипа се допълва от социални работници, като се подчертава необходимата съгласуваност между това, което се съобщава при факторите за околната среда и поддръжката на мрежата и условията на живот, както е описано в конкретната част.

При използването на тази карта, екипите могат да използват най-различни скали и методи за оценка (някой от които описани в предходната точка), както и в различен наблюдателен контекст (дома, дневен център, жилищна структура и т.н.). Въпреки това е важно тези методики и скали да бъдат приравнени към скалата на ICF за целите на сравнимост между регионите и намаляване на отклоненията при оценяване нуждите на отделните хора с увреждане.

Използването на алгоритъма SVaMDi става след като се компилират от членовете на UVM елементите, описани и групирани в следващите таблици, свързани с компонентите на ICF като трудностите за кодиране и цялостната налична информация да бъдат споделяни със всички заинтересовани страни от мрежата на услуги на лицето с увреждане.

Таблица 8: Използвани кодове в методологията за оценка

ФУНКЦИИ НА ТЯЛОТО	
Код ICF	Наименование
Нервно-мускулни и двигателни функции (FM)	
b176	Психична функция на сложните движения на последователността
b710	Движение на ставите
b730	Сила на мускулите
b735	Мускулен тонус
b760	Волни движения
b765	Рефлексни/неволни движения
Сетивни функции и болка (FS)	
b210	Зрение
b230	Слух
b235	Вестибуларен апарат (включително равновесие)
b280	Болка
Функции на мозъка (FP)	
b110	Съзнание
b122	Глобални психо-социални функции
b126	Функции на темперамента и личността
b1263*	Психична стабилност
b130	Функции, свързани с енергията и нервните импулси

b1304*	Контрол на импулсите
b147	Психомоторни функции
b152	Функциониране на емоциите
b1521*	Управление на емоциите
b160	Функции на мисълта
b180	Функции на Аз-а и на ориентиране във времето
Когнитивни функции (FC)	
114	Ориентация (време, място, личност)
b117	Мисловна дейност (включително: умствено изоставане, деменция)
b134	Сън
b140	Внимание
b144	Памет
b156	Функциониране на възприятията
b164	Висши когнитивни функции
b167	Говор и изразяване
Други функции (FA)	
b310	Глас
b330	Функции на течливост и ритъм на говора
b410	Сърдечна дейност
b420	Кръвно налягане
b430	Кръвоносна система (кръв)
b435	Имунна система (алергии, свръхчувствителност)
b440	Респираторна дейност (дишане)
b515	Храносмилателна система
b525	Дефекация/Изпразване на червата
b530	Поддържане на телото на тялото
b545	Водо и електролитен баланс
b550	терморегулация
b555	Жлези с вътрешна секреция (хормонални промени)
b620	Функции на пикочния мехур
b640	Функции на половата система
b650	Менструация
b810	Защитна функция на кожата

ДЕЙНОСТИ И УЧАСТИЕ	
Код ICF	Наименование
Гл. 1 – Научаване и прилагане на наученото	
d110*	Способност за наблюдаване
d115*	Способност за слушане
d130	Способност за копиране
d159	Основно обучение
d166	Способност за четене
d170	Способност за писане
d172	Способност за пресмятане
d175*	Умение за решаване на задачи
d179*	Прилагане на основни знания
Гл. 2 – Изпълняване на общи задачи от ежедневието	

d210*	Работа по една задача
d220*	Работа по повече от една задачи
d230*	Извършване на ежедневна рутина
d240*	Управление на напрежението и други психологически дейности
Гл. 3 – Общуване	
d310*	Общуване чрез предаване и получаване на вербални/гласни послания/съобщения
d315*	Общуване чрез предаване и получаване на невербални послания
d330*	Говорене
d335*	Създаване на невербални послания
d350*	Разговор
d360	Използване на устройства и средства за комуникация
Гл. 4 – Подвижност/Движение	
d410*	Промяна на основната позиция
d430*	Вдигане и носене на предмети
d440*	Фини движения с ръцете (вдигане на предмети, хващане)
d450*	Ходене
d455*	Преместване
d465*	Придвижване в пространството, използвайки помощни средства (инвалидна количка, проходилка, др.)
d475	Шофиране (каране на колело или на мотоциклет, каране на кола и др.)
Гл. 5 – Грижа за себе си	
d510*	Измиване (къпане, изсушаване, миене на ръце)
d520*	Грижа за части на тялото (миене на зъби, бръснене, ресане)
d530*	Телесни нужди/личен тоалет
d540*	Обличане
d550*	Хранене
d560*	Пиене на течности
d570	Грижа за собственото здраве
d571*	Грижа за безопасността си
Гл. 6 – Поддържане на дома	
d620	Закупуване на храна и осигуряване на услуги (пазаруване и др.)
d630	Подготовка на ястия (готвене и др.)
d640	Извършване на домакинска работа (почистване на дома, миене на чинии, пране, гладене и др.)
d660	Съдействие на останалите членове от домакинството
Гл. 7 – Междуличностни взаимодействия и взаимоотношения	
d710*	Основни междуличностни взаимодействия
d720*	Сложни междуличностни взаимодействия
d730	Взаимодействия с непознати
d740*	Формални/официални взаимоотношения
d750	Неформални социални взаимоотношения
d760	Семейни взаимоотношения
d770	Интимни взаимоотношения
Гл. 8 – Основни житейски области	
d810	Неформално обучение
d820	Обучение в училище

d830	Висше образование
d840	Чиракуване
d850	Работа, носеща доходи
d855	Неплатена работа
d860	Основни икономически транзакции
d870	Финансова самостоятелност
Гл. 9 – Общество, социален живот и гражданско участие	
d910	Живот в общността
d920	Почивка и свободно време
d930	Религия и духовност

ФАКТОРИ ОТ ОБКРЪЖЕНИЕТО	
Код ICF	Наименование
Гл. 1 – Продукти и техника	
e155	Частно Жилище
	В Всички други кодове в тази глава, по преценка, като се свържат с А & Р кодовете
Гл. 2 – Околна среда	
	Всички други кодове в тази глава, по преценка, като се свържат с А & Р кодовете
Гл. 3 – Подкрепа и социални взаимоотношения	
e310	Близки роднини
e315	Далечни роднини
e340	Лични помощници и лични асистенти
	Всички други кодове в тази глава, по преценка, като се свържат с А & Р кодовете
Гл. 4 - Нагласи	
	Всички други кодове в тази глава, по преценка, като се свържат с А & Р кодовете
Гл. 5 – Политики и услуги	
e575	Услуги за социално подпомагане
	Всички други кодове в тази глава, по преценка, като се свържат с А & Р кодовете

Класификатори:

Съществуването, видът и тежестта на всеки проблем се проверяват и класифицират чрез цифрова стойност, наречена "класификатор", която се добавя към кода на категорията и се изразява с поредна скала (Скалата на СЗО) варираща от 0 до 4 (от отсъствието на проблема до много сериозен или пълен проблем, т.е. максимално представен).

Кодът на ICF не е пълен, ако не съдържа квалификационния номер, посочен с номер, поставен след десетичната запетая, за да се определи мярката за обезценка, ограничението или функцията на улеснител или бариера. Всички компоненти (функции на тялото, структури на тялото, дейности и участие и фактори на околната среда) се определят количествено със същия мащаб, илюстриран по-долу.

Таблица 9: Класификатори на дейностите и % увреждане

Индикатор	Степен	% увреждане
0	Няма	Отсъства, незначително 0 – 4 %
1	Лека нарушеност	Леко, малко 5 – 24%
2	Средна нарушеност	Умерено, дискретно 25 – 49%
3	Тежка нарушеност	Забелязващо се, крайно 50 – 95%
4	Изцяло нарушено	Пълно 96 – 100%

Към основния класификатор са добавени допълнителни критерии, отнасящи се до:

- честотата (брой пъти в рамките на 24 часа когато лицето полага дадена дейност или брой пъти на повторение на дадено умение през последните 30 дена),
- продължителността (време на проявяване на даден проблем или трудност или дейност, оценена през последните 30 дни), и
- интензивността (съгласуваност като пълна, частична или достатъчна реализация на дейността или намесата на недостатъчни, достатъчни, частични, общи екологични фактори)

с които всеки проблем влияе върху ежедневиия живот на субекта. Това е градуиране, което въвежда нови качествено-количествени елементи.

Определяне на общ профил на тежест и на функциониране

SVaMDi класифицира проблемите на дадено лице, започвайки от класификаторите, определени за всеки компонент, домейн и категория. Използвайки правилото 3/4 за всяко групиране, се генерира обобщена оценка въз основа на въведените класификатори. За всяка оценка се прилага тежест, в зависимост дали е насочено към изчисляване на профила на тежест на увреждане или профила на функционирането.

1) За определяне на профила на тежест на увреждане се включват:

- всички кодове, свързани с телесните функции, които са групирани във FM, FS, FP, FC и FA; Сред психичните функции са идентифицирани три категории (b1263, b1304 и b1521), които генерират прогнозна стойност за поведенческите разстройства според случая;
- някои (подчертани със *) кодове за активност и участие, групирани по глави, от които се изчислява индексът на капацитета (кодиран с dc1, dc2 и т.н.): dc1, dc2, dc3, dc4, dc5, dc7.

2) За определяне на профили на функциониране се включват:

- Всички кодове, свързани с телесни функции (както в т.1);
- Всички кодове за дейности и участие, групирани по глави, от които се изчислява индексът на капацитета (кодиран с dc1, dc2 и т.н.) и един от Производителност (кодиран с dp1, dp2 и т.н.): dc1dp1, dc2dp2, dc3dp3, dc4dp4, dc5dp5, dc6dp6, dc7dp7, dc8dp8, dc9dp9;
- Всички кодове на факторите на заобикалящата среда, които се считат за полезни за обяснение на разликата между капацитет и производителност, като се обръща специално внимание на: Жилището (e155), Семейството (e310, e315), Оператори осигуряващи помощ и съдействие (e340) и Услуги (e575).

Предвид групите, дефинирани по-горе, е необходимо да се изчисли обобщена стойност, която е показателна за разглежданата група. По време на експериментирането на модела през

2010г. използването на средната стойност на класификаторите беше отхвърлено, предвид неуниформеното им разпределение. Използването на медианата се оказва неефективно, тъй като не взема предвид кодовете с по-сериозни класификатори ако те присъстват с ниска честота в рамките на групата. По тази причина бе решено да се определи обобщена мярка, за да се подчертаят сериозните проблеми, когато те са налице. Тази методология се основава на коригирана медиана към по-висока спектър в присъствието на най-малко един класификатор 3 или 4, и е представена като правило на $\frac{3}{4}$ като така се получава крайна оценка между 0 и 4.

Фигура 13: Илюстрация на метода на коригираната медиана $\frac{3}{4}$

Съзнание	Ориентация (време, място, личност)	Интелект	Звук	Внимание	Памет	Възприятия	Когнитивни функции	Говор и изразяване	<div>Когнитивни функции</div> <div>МЕДИАНА = 1</div> <div>ПРАВИЛО $\frac{3}{4}$ = 2</div>
B110	B114	B117	B134	B140	B144	B156	B164	B167	
0	1	2	1	3	2	0	4	1	

Алгоритмът, който позволява изчисляването на обобщената оценка чрез правилото $\frac{3}{4}$ на кодовете на група от проблеми е следния:

```

dati: набор от кодове, които съставят разпределението на променлива
m: медиана
Правило34(dati){
  nItem: номер на променливата
    conta34: номер 3 и 4, съдържащи се в вектора dati
  m1= медиана на всички данни
  stat=(conta34)/((1/2)*(nItem-1))
  Ind=conta34/nItem
    Se (stat==1) and (ind>0.25 and ind<=0.5))
      m2=медиана на 3 и 4 съдържащи се в закръглена стойност на излишък – 1
    Se ((stat>0 & stat<1) and (ind>0.5 or ind==0.5))
      m2=медиана на 3 и 4 съдържащи се в закръглена стойност на излишък
    Se ((stat>0 or stat<1) and (ind<0,5 and ind>0,25))
      m2=(медиана на 3 и 4 съдържащи се в закръглена стойност на излишък)-1
    Se ((stat>0 or stat<1) and (ind<0,25 or ind==0,25))
      m2=(медиана на 3 и 4 съдържащи се в закръглена стойност на излишък)-2
    Se (stat>1)
      m2= медиана на 3 и 4 съдържащи се в закръглена стойност на
      излишък
    Se (stat=0)
      m2= m1

```

За всяко групиране на компонентите на ICF е зададена система за теглото, така че сумата от теглата за всеки компонент да е равна на единица. Групировките и съответните тегла са показани в следващата таблица.

Таблица 10: Тегла на отделните компоненти на ICF

Компонент ICF	Групиране на глави и раздели	код	Тегло на тежестта	Тегло на функциониране
Функции на човешкото тяло	Двигателни функции	FM	0,3	0,3
	Сетивни функции	FS	0,15	0,15
	Когнитивни функции	FC	0,2	0,2
	Функции на психиката	FP	0,275	0,275
	Други функции	FA	0,075	0,075
Действие и участие – Капацитет	Научаване и прилагане на наученото	dc1	0,05	0,025
	Изпълняване на общи задачи от ежедневието	dc2	0,2	0,1
	Общуване	dc3	0,1	0,1
	Подвижност	dc4	0,25	0,2
	Грижа за себе си	dc5	0,25	0,25
	Поддържане на дома	dc6	0	0,25
	Взаимоотношения	dc7	0,15	0,025
	Основни житейски области	dc8	0	0,025
	Социален живот	dc9	0	0,025
Действие и участие – Изпълнение	Научаване и прилагане на наученото	dp1	0	0,025
	Изпълняване на общи задачи от ежедневието	dp2	0	0,1
	Общуване	dp3	0	0,1
	Подвижност	dp4	0	0,2
	Грижа за себе си	dp5	0	0,25
	Поддържане на дома	dp6	0	0,25
	Взаимоотношения	dp7	0	0,025
	Основни житейски области	dp8	0	0,025
	Социален живот	dp9	0	0,025
Фактори от обкръжението – улеснител	Продукти и технология	ef1	0	0,2
	Природна среда	ef2	0	0,05
	Подкрепа	ef3	0	0,3
	Нагласи	ef4	0	0,15
	Услуги и политики	ef5	0	0,3
Фактори от обкръжението – бариера	Продукти и технология	eb1	0	0,2
	Природна среда	eb2	0	0,05
	Подкрепа	eb3	0	0,3
	Нагласи	eb4	0	0,15
	Услуги и политики	eb5	0	0,3

Изчисляване на степен на тежест на увреждане

Степента на тежестта се изчислява като сумата от оценките за синтез на телесните функции и капацитет (получени с правило 3/4 въз основа на въведените класификатори), умножена по теглото, определено в таблица, съгласно формулата по-долу:

$$PG = [(FM \times 0.3 + FS \times 0.15 + FC \times 0.2 + PF \times 0.275 + FA \times 0.075) + (dc1 \times 0.05 + dc2 \times 0.2 + dc3 \times 0.1 + dc4 \times 0.25 + dc5 \times 0.25 + dc7 \times 0.15)] \times \mu$$

Резултатите от групирането могат да бъдат цели числа не по-големи от 4, максималната стойност на тежестта на резултата е 9.6.

Изчисляване на степен на функциониране:

Формулата за функционалният резултат се изчислява като сумата от точките за синтез на телесните функции, капацитета и резултатите (получени с правилото 3/4 на базата на въведените класификатори), умножено по теглото, определено в таблицата по-горе и допълнително умножено по μ (наличие на проблеми с поведението) с добавянето на стойностите, свързани с бариерите и изваждането на стойностите, свързани с улеснителите, съгласно следната формула:

$$PF = [(FM \times 0.3 + FS \times 0.15 + FC \times 0.2 + FP \times 0.275 + FA \times 0.075) + (dc1 \times 0.025 + dc2 \times 0.1 + dc3 \times \dots$$

Оценките на допълнителните групировки могат да бъдат цели числа не по-големи от 4, максималната стойност на функционалният резултат е 18.4.

Обобщение на оценката

Представени са два примера за получени основни профили за тежест и функциониране, чиито профили могат да се четат по следния начин съгласно графиката по-долу:

- Потребител А.Б. = Средна тежест в моторните функции, лека в сетивните функции, в психичните и когнитивните функции. Сериозни поведенчески проблеми. Намалени умения в ученето, решаване на проблеми, комуникация и мобилност, добри в самообслужването и намалена комуникация.
- Потребител С.Д. = Обща тежест в моторните функции, средно в сетивните функции и в психичните функции, отсъстващи в когнитивните функции. Няма поведенчески проблеми. Средни умения в ученето, отсъстващи при решаване на проблеми, комуникация, мобилност и самообслужване, намалени отношения.¹⁷⁸

¹⁷⁸ Описаният алгоритъм на изчисление е валиден за регион Венето (4_1804_AllegatoC_283584). Други региони, използващи SVAMDI е възможно да използват по-различни алгоритми.

Фигура 14: Структура на резултатите от синтеза на профила на SVaMDi

Лице	FM	FS	FP	FC	FA	Поведение	Общ профил функционалност	d1	d2	d3	d4	d5	d7	Общ капацитет	Общ профил тежест
А.Б.	2	1	2	2	0	3	1.45	3	3	3	3	0	3	2.25	4.44
В.Г.	4	2	2	0	0	0	2.05	2	4	4	4	4	3	3.75	5.8

Синтез на отделни раздели на SVaMDi

Синтез на функции и капацитет

Синтез на SVaMDi

Профилите на тежест и функциониране, представляват инструмент както за изграждането на персонализиран проект, така и за определяне на праговете за достъп до регионални социално-здравни ресурси и услуги. Одобрението на алгоритъма не обуславя възстановяването на оценките за профилите на интензивността на благосъстоянието, определени от ГД 4589/2007, в изпълнение на чл. 59 от Регионален закон 2/2007 и DGR 40/2013 по отношение на регионалните референтни центрове за тежки увреждания и поведенчески нарушения с висока здравна потребност (предишни "големи структури"). За да може да се активизират екипите на UVM се подава заявление като се прилагат медицинско удостоверение, Удостоверение от ISEE за доходи, и копие от протокола за оценка на инвалидността.¹⁷⁹ В някои региони лицето също така попълва формуляр "Индивидуален проект"¹⁸⁰, където описва ситуацията си и желанието си за интегрирани грижи.

3.3. Експериментални методи на оценка на работния капацитет на хора с увреждане

3.1.2. Експериментални оценки на работоспособността¹⁸¹

Програма на Italia Lavoro – ICF и Политики за заетост

Оценката и проследяването на ХУ се ръководи от министерски документ (указ на министър-председателя, публикуван на 13 януари 2000 г.), чиято цел е да се дефинират процедурите и методите за спазване на нормите, определени в закон №. 68/1999. Този документ съдържа график с 34 точки за оценка на уменията на хора с увреждане и се фокусира върху няколко области: релационни способности и умствени функции (напр. извършване на екипна работа, срещане трудности вследствие на срокове и дейности за работа), комуникационни способности (напр. разбиране и запомняне на информация), мобилност (напр. пребиваване в седнало положение, придвижване на продукт с устройство за движение, повдигане и носене

¹⁷⁹ http://www.coesoareagr.it/images/stories/PuntoInsieme_Doc/documentipi.pdf

¹⁸⁰ В приложение

¹⁸¹ Настоящата методология е в процес на рафиниране. Обобщение на проекта и на силните и слаби страни на разработената методология съгласно проведени фокус групи на участниците в проекта може да бъде намерена в докторската диплома на Mara Buffoni *Messa a punto di protocolli di valutazione della disabilità basati sul modello biopsicosociale e la struttura descrittiva della Classificazione Internazionale del funzionamento Disabilità e Salute (ICF)*, в библиографията. Стр. 521

на предмети), известна информация за околната среда, в която лицето трябва да работи (например толериране на шума или естествена / изкуствена светлина). Всяка способност се оценява от гледна точка на нейното (потенциално) присъствие / отсъствие и отделен раздел е посветен на описанието на областите на потенциално подобрене, времето и стратегиите, които биха били необходими. Тези елементи могат да бъдат проследени и кодирани посредством ICF. Поради това е полезно да се приложат инструменти и процедури, основани на ICF, за секторите на труда. Като се вземат предвид както личните, така и особеностите на заобикалящата среда, класификаторът дава възможност да се дефинират профилите на работещите, както и да се съчетаят тези профили с изискванията на фирмите или работните задачи. И накрая, тези инструменти също така дават възможност за наблюдение на хода на трудоустройване на лицата, по-специално предоставяйки надеждна методология за оценка на подобренията или влошаване на функционирането след пребиваването на работниците в компанията.

Функциите на съответния човек с изискванията на компанията са ключов фактор за успешното стажуване, а общият език, осигурен от ICF, може да улесни този процес на съвпадение. Това е и предпоставката за програмата на Министерството на труда и социалната политика посредством *Italia Lavoro* и в партньорство с *Disability Italian Network* се съсредоточават върху разработването на насоки за прилагане на класификацията на ICF в активните политики за наемане на хора с увреждания като сложна верига за доставки на услуги и дейности, свързани с целево назначаване като референтна организационна рамка, както се изисква от националното законодателство и като се вземат предвид местните процеси на изпълнение.

От тази гледна точка това са експериментни действия, които продължават с дългосрочен ангажимент, започнат с възлагането на първия проект през 2003 г., финансиран от тогавашното Министерство на труда и социалната политика и наречен "Проект на ICF в Италия", насочен към разширяване към по-широк брой оператори знание и използването на класификацията и нейните инструменти. По-специално, в рамките на проекта "ICF в Италия" са: проведени над 42 курса в 17 региона, 78 провинции, 1500 оператори на социално-здравни и трудови услуги; разработени инструменти на ICF за разработване на активни политики, свързани с трудовата заетост - от страна на предлагането, "Чек-лист работа" (контролен списък на работника с увреждане), от страна на търсенето, идентифициране на прототип "Карта на работодателя" и създаване на Протокол за оценка на заетостта на хората с увреждания (*Protocollo In.Lav.*) Първият инструмент дава описание на ХУ по отношение на умения и знания. Вторият инструмент разработва и развива възможностите, предложени от първия и е посветен на изследване на характеристиките на средата на работното място и нейните изисквания. Тези инструменти са предназначени главно да дадат възможност на хората с увреждания и работодателите да общуват и да обменят информация за собствените си нужди.

Тази методология е първоначално експериментирана в 4 територии от 119 професионалисти, 29 оперативни групи от целевата верига за назначаване, включително интегрирани медицински комисии и 176 лица с увреждане. Този проект постепенно се реализира с помощта на *Italia Lavoro* и в други територии: ICF *Torino* - "Техническа помощ за приложението на ICF в политиките за обучение и работа по интеграция на хора с увреждания" (2007 г.); ICF *Ascoli Piceno* - "Бизнесът и включването на хората с увреждания" (2007 г.); Работа и развитие - Стажове за хора с увреждания (2007 г.). Проектът е първа част от валидирането на система за оценка на работна способност, основана на ICF и все още има нужда от широко пилотиране за да се определи неговата ефикасност и приложимост. Възможно е някои области да не са от интерес докато други да са подценени. Към момента методиката се фокусира върху ограничен набор от елементи, свързани с мобилността и комуникацията, и нервно-мускулно-скелетните функции (51 ICF свързани категории ICF са от глави 67 - нервно-мускулно-скелетните и свързаните с движението функции, d3 - Комуникация и d4 - Мобилност).

Специализираният контролен списък за работници, основан на ICF, е разработен на базата на министерския списък за оценка на ХУ и контролния списък на СЗО, съдържащ 128 категории от ICF, използвани по време на полевите изпитания на ICF. Окончателният контролен списък на работещите е съставен от всички категории ICF, съдържащи се в стандартния контролен списък на ICF (с изключение на d140 - учене за четене, d145 - учене за писане, d150 - обучение за изчисляване, които се считат за неприложими при възрастово население на лица, търсещи работа) и на тези категориите ICF, свързани с 34-те елемента от списъка на министерски съвет. Въпреки това, той не включва някои области, които трябва да бъдат взети предвид при оценката на това колко добре човек отговаря на работата и на околната среда, в която трябва да се изпълнява такава работа. Например, умствените функции като ориентация и внимание, сензорни функции като виждане и слух, както и гласови функции са много важни във връзка с комуникацията или мобилността. Трудностите в разбирането могат да се дължат на нарушения на психическите функции; трудностите при придвижването могат да се дължат на трудности при ориентирането към мястото (т.е. осведомеността за местоположението, като непосредствената околност).

Няколко области не са картографирани от министерския график, но са от интерес за гарантиране на безопасността на работниците. Например, наличието на респираторни заболявания и алергии, които биха могли да изискват оценка на хигиената на околната среда (например качеството на въздуха), е проблем, който трябва да бъде точно оценен за няколко вида среди и работни места. По-конкретно, категориите на ICF от областта на факторите на заобикалящата среда са слабо представени, но по мнение на авторите на научна статия¹⁸², описваща методиката, те трябва да се разглеждат като имащи отношение към тях. Някои от тях, като e1101 - наркотици, e120 - продукти и технологии за вътрешна и външна мобилност и транспорт и e125 - продукти и технологии за комуникация, може да представляват интерес. Други фактори на околната среда не могат да бъдат оценени от самото начало, а трябва да влязат в процеса на проследяване на работника с увреждане. Най-значимите се отнасят до човешката и релационна среда, особено подкрепата и нагласите на работодателите или надзорниците (категории ICF e330 и e430), както и подкрепа и нагласи на колегите (категориите ICF e325 и e425).

Следната структура на двата инструмента бе налична в публичното пространство¹⁸³, представена в три последователни таблици.

Таблица 11: Съдържание на контролен списък на работника с увреждане

Раздел А	Социално-демографска информация
Раздел А1	Професионален опит
Раздел В	Лични и социални фактори
Раздел С	Функции на тялото
Раздел D	Структури на тялото
Раздел Е	Фармакологични терапии
Раздел F	Информация за необходимостта от лична помощ за изпълнение на

¹⁸² RESEARCH PAPER. The ICF and Labour Policies Project: The first Italian nation-wide experience of ICF implementation in the labour sector; Mario Conclave, Guido Fusaro, Marina Sala, Andrea Martinuzzi, Emanuela Russo, Mara Frare, Giovanna Gorini, Matilde Leonardi & Alberto Raggi

¹⁸³ Презентация *Le esperienze pratiche dell'ICF in Italia in ambito di inserimento lavorativo mirato*. Dott. Andrea Martinuzzi (Research Branch Centro Collaboratore Italiano WHO-FIC) и Giovanna Gorini (Italia Lavoro SpA)

	специфични здравни интервенции
Раздел G	Диагнози
Раздел H	Дейности и участие (AP) във връзка с улеснители и/или бариери в основната жизнена среда
Раздел H1	Дейности и участие (AP) във връзка с улеснители и/или бариери в среда, различна от основната, за откриване на различия в ефективността (работна среда)
Раздел H1	Детайлен списък на дейността и участието във връзка с околната среда
Раздел H2 – DPCM	Карта за оценка на полезния капацитет за извършване на трудова дейност DPCM 2000 г. - L.68 / 99
Раздел I	Позиция (мнение) на лицето или представляващия го
Раздел L	Оценка на натоварването на основната помощна фигура (за гледач за възрастни)
Раздел M	Синтетична оценка на някои аспекти на активността и участието във връзка с факторите на околната среда - улеснители и / или бариери

Таблица 12: Картата на работодателя, задължен да интегрира работници с увреждане съгласно закон от 1999

Раздел A	Административни данни (от регистър)
Раздел B	Проспект
Раздел C	База данни за профили
Раздел D	Карта с ICF кодове за дейност и участие спрямо околна среда
Раздел D1	Детайлен списък с дейности и участие спрямо околна среда
Приложение	Кодове на протези и помощни средства съгласно класификацията EN ISO 9999: 1998i

Раздел D включва изискванията на работодателя за капацитет на лицето спрямо дадено работно място, кодирано посредством ICF.

Таблица 13: Раздел D от Карта на работодатели с ICF кодове за дейност и участие спрямо околна среда

Обучение и прилагане на знания	
По отношение на необходимостта да се събере обективна информация за хора, неща, събития или да се попита защо, къде, как, какъв капацитет се изисква от работника?	d132
По отношение на развиващите се умения за разбиране и използване на основни и сложни понятия, свързани с характеристиките на задачите, хората или събитията, какво ниво на капацитет се изисква за работника?	d137
По отношение на развитието на уменията за използване / прилагане на техники	d155

и процедури за работа, какъв капацитет е необходим за работника?	
По отношение на насочването на вниманието върху конкретни стимули, като например пренебрегване на разсейващите шумове, какъв капацитет се изисква от работника?	d160
По отношение на умишленото запазване на фокуса върху конкретни действия и задачи за подходящ период от време, какъв капацитет се изисква от работника?	d161
В сравнение с разбирането и тълкуването на писмения език, като четене на книги, инструкции или вестници в текст или Брайлово писмо, с цел да се придобият общи познания или конкретна информация, каква степен на капацитет се изисква от работника?	d166
По отношение на използването или производството на символи или език за предаване на информация, като например писмена документация за събития или идеи или писмо, каква степен на капацитет се изисква за работника?	d170
По отношение на искането за разработване на решения на проблемите, които възникват в работния процес, какъв капацитет се изисква от работника?	d175
При вземането на решения каква степен на капацитет трябва да има работника предвид необходимостта от планиране на задачите и начина на изпълнение или необходимостта да се следват предварително установени процедури?	d177
Задачи и общи изисквания	
По отношение на искането за индивидуални и / или съставени работни задачи, самостоятелно или в групи, каква степен на капацитет трябва да притежава работника във връзка със следните действия?	d2100

Оценка на риска, адаптиране на работни места и трудоустрояване на хора с моторно-двигателни увреждания

Друг изключително интересен експеримент за прилагане на комплексни методи за оценка на риска на работното място за хората с моторно-двигателни ограничения, интегриращи ICF е подробно описан в научния доклад на *Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus*¹⁸⁴, реализиран в рамките на Проект 1491 "Методологичен подход за проектиране и осигуряване на работни места за хора с увреждания" (2007-2008), финансиран от MLSPS.

За целите на изследването са участвали лица в различна работна среда (фабрика, работно ателие, офис, домашна среда, мобилна среда) и с различен вид и степен на увреждане. По този начин е оценена стабилността и валидността на формулираните проектни хипотези и приложимостта на методите и инструментите за анализ на риска, които са анализирани при работа на хора с моторни увреждания в рамките на проекта.

Функционалният профил на работниците с увреждане би трябвало да се изготвя въз основа на изискванията за функционалното на съответната работа. Работата и нейните характеристики са отправната точка за индивидуалната оценка по отношение на способността да се отговори на функционалното искане, свързано с работното място. За описанието на телесните функции, свързани с трудовата дейност и изпълнението при извършване на дейността, таксономията на

¹⁸⁴ Доклад с описание и приложение на инструментариум - *Disabilità e lavoro: un binomio possibile Metodi ed esperienze di progettazione di ambienti e processi di lavoro per lavoratori con limitazioni motorie*

ICF е идентифицирана като инструмент, по-специално в разделите функция - структура и дейност - участие. Този инструмент позволява да се очертае цялостна картина на лицето. Специфични класификатори се определят за всеки елемент, въз основа на направените наблюдения като се генерира функционална карта за самоличност на лицето. Методиката използва тристепенни класификатори за всеки елемент на структура на тялото и едностепенни класификатори за функции на тялото като 1ва степен е от 0-4 от леко нарушена до изцяло нарушена структура/функция.

Функционалността на работника се отразява най-вече в разделите за дейност и участие в класификацията на ICF. Чрез тях е възможно да се анализират дейностите, свързани с трудовите задължения и съответните ограничения. За оценката на работната ситуация се забелязват и контролират трудностите и нивата на взаимодействие между личния и професионалния контекст. За оценка или околичествяване на възможните резултати се акцентира върху необходимостта от повишаване на остатъчните умения на работника. Оценката се прилага преди и след адаптиране на работното място.

Събраната по време на инспекцията на работното място информация позволява изготвянето на профил на околната среда съгласно таксономията на ICF. В съответствие с концептуалната рамка на ICF контекстът на околната среда трябва да бъде проучен и по фактори, които очевидно не са свързани с пространствата и тяхната използваемост, като например личните взаимоотношения и нагласи на присъстващите в контекста, в който работника работи. личните взаимоотношения и отношението на различните участници към работника са контекстуални реалности на трудно тълкуване и са високо индивидуализирани. Те са оценени с индикативни класификатори и само в някои случаи е предвидено подобрение на класификаторите на тези фактори. В зависимост дали са бариери или улеснители елементите на околната среда се оценяват по скала (-/+) от 1 до 4. Тази оценка също се извършва преди и след прилагане на мерки за адаптиране на работната среда. На края на кодирането, обобщителна таблица представя предсказуемите резултати благодарение на планирания редизайн на работното място, по отношение на намаления или ненамален риск спрямо увреждането на лицето.

За оценката на степента на приемане на предложените технически решения в някои случаи е използван инструментът MPT "*Matching Person with Technology*". Работниците, които се чувстват неудобно от нова технология, може да са затруднени да я използват по полезен начин за компанията. Този инструмент помага да се идентифицират аспекти, които могат да попречат на приемането и подходящото използване на нови технологии на работното място. По този начин могат да се предвидят подобрения в проекта за изпълнение на оборудването, като по този начин се осигурят по-големи шансове за успех на интервенцията.

Основните рискови фактори, представени и разгледани в сериите случаи, които трябва да бъдат взети предвид при анализа на работата, са: работно време, организация на работата и време за възстановяване, неприятна поза, сила, честота на действие, фактори на околната среда. Разработената и изследвана методология включва следните инструменти за анализ на риска на работната среда: OCRA (риск от повтарящи се движения на горните крайници), NIOSH (риск от ръчно боравене с товари - повдигане), MAPI (риск от ръчно боравене с пациенти), SNOOK & CIRIELLO (риск от обработка на товари - теглене и бутане), VDT (риск от работа на работното място), RULA (риск за позата и горните крайници и други части на тялото), EN 1005 Безопасност на машините - Физически характеристики на човека - Част 3,4,5, ISO 11226 - Оценка на статичните положения, ISO 11228-2003 Ръчна обработка - повдигане и транспортиране, UNI EN ISO 527-1 - Работни маси и бюра, UNI EN ISO 1335, част 1 и 2 - Работни столове за офис, ISO 16840-1 / 2002, UNI EN ISO 14738/2004 - Антропометрични изисквания за проектиране, Министерски декрет 236/89, законодателен декрет 81/08, ICF, MPT (инструмент за оценка на степента на приемане на технологията), ЕЛЕКТРОМИОГРАФИЯ (инструмент за откриване на мускулна активация).

В обобщение използваните инструменти при отделните фази на проучването са:

Таблица 14: Използвани инструменти при отделните фази на експериментален проект за оценка на риска на работното място

Фаза	Цел	Инструмент
Анализ на искането	Да се събере предварителна информация, необходима на службата, за да се оцени способността ѝ да отговори на проблема, поставен от фирмата, и да се формализират споразуменията и съответните ангажменти между страните.	Клаузи на Договор
Инспекция в компанията	Получаване на данни и информация относно характеристиките на работника, изпълняваната задача, конкретната позиция на работника и работната среда като цяло.	Контролен списък за проверка; Портативни инструменти за EMG
Функционален анализ	Определяне на ситуацията на увреждане и риск	ICF, Указания за достъпност: Министерски указ 236/89 и Президентски указ 503/96 Наредба за безопасността на работното място: T.U. DL 81/2008, OCRA, NIOSH, MAPI, VDT, таблици, Snook & Ciriello, RULA, HAV и WBW, норми ISO 11226 / EN 1005-4
Медицинско валидиране на функционалния анализ	Проверка на валидността на заключенията, представени в доклада за функционалния анализ, по отношение на здравния статус и клиничното състояние на работника	Доклад за функционален анализ, Медицинско досие на работника
Оценка на помощни уреди	Проверка на адекватността на наличните помощни средства на работника	База данни за помощите продукти, Карти за анализ на нуждите от помощи (EUSTAT), Карти за предварителна оценка на резултатите (IPPA)
Проект за адаптиране на работното място	Идентифициране на възможните решения за редизайн на работното място, за да се елиминират или смекчат идентифицираните рискове и увреждания.	Компютърни инструменти за рисуване и изобразяване.
Медицинска проверка на концепцията	Проверяване валидността на мерките по отношение на здравния статус и клиничното състояние на работника.	Н.п.
Валидиране на концепция и финален проект	Проверка на човешката, техническа и организационна съвместимост на концепцията по отношение на работника, задачата за работа и	Визуални представяния или макет на разработените концепции

	контекста на фирмата	
Обучение на представителите на фирмата	Предоставяне на проекта и поставяне на компанията в състояние да го изпълни независимо	Н.п.

Основният проблем, свързан с приложението на ICF, възникнал по време на това изследване е да се припише "точен" класификатор за спецификата на случая. Дори ако ICF предоставя указания за възлагането на класификатори според определени интервали, тя не предоставя обективни начини за това как те да бъдат измерени. Това представя известна трудност при определянето на обективен класификатор, който се признава едновременно от различните оператори, които тълкуват съответните казуси (компетентен лекар, работник, работодател и т.н.).

3.3. Идентифицирани общи проблеми при извършване на ЕР на ХУ

В момента Италия е в процес на реформа на своите политики и методите, свързани с оценката и правата на хората с увреждане. ЕР на ХУ, базирани на ICF са все още във фаза на утвърждаване на регионално и национално ниво. Що се отнася до настоящата картина за признаване на увреждания и права в Италия Обсерваторията за правата на хората с увреждане в своя документ *"Пътища за преразглеждане на системата за достъп, оценка и сертифициране на състоянието на уврежданията"*¹⁸⁵ от 2016 г. обобщава някои критични въпроси на настоящата система.

- **Фрагментация и разделяне на статусите:** в Италия съществуват два метода и две процедури за оценка (хандикап и гражданска инвалидност/глухота/слепота), чието припокриване е подчертано от години (закон 335/1995 предвижда сливането на тези понятия). Към тези пътища се добавят и други, като тези, свързани със закон 68/1999, който е необходим за състоянието на учениците с увреждания и този, който се активира на регионално ниво за "несамодостатъчност" (който определя дългосрочни грижи). И на края се добавят и случаи с "инвалидни ситуации" при служене, свързани със Закон 222/1984 и следствие на трудови злоупотреби и професионални болести.
- **Методи за оценка и констатиране на увреждане:** съществува доста голяма критика на настоящите "таблични" начини за оценка на гражданската инвалидност, които се намират в основата на неработоспособността, продиктувани от проценти, които са трудно обосновани и влияят на достъпа или прекъсването на достъпа до определени права и услуги, което влияе на справедливостта и на ефективното представяне на състоянието на лицето, особено по отношение на работоспособността. И докато за гражданската инвалидност съществува структурирана таблична система за оценяване, за състоянието на хандикап единен критерий напълно липсва, който да позволява да се идентифицира състоянието на тежест.
- **Неефективност за целите на планирането:** сложната система за управление на основната оценка (инвалидност и хандикап) и нейните резултати са неефективни и ненужни за целите на индивидуалното планиране, но и още по-малко за достъп до гарантирани услуги на регионално равнище. Това довежда до допълнителни области и елементи на оценка на регионално ниво (UVM единици за мултидисциплинарна оценка), които на свой ред имат нехомогенни или припокриващи се критерии за оценка.
- **Оперативни разходи:** Въпреки промените със закон 111 от 2011 г., която позволява на регионите да делегират към INPS процедурите за оценка и удостоверяване на основните права, все още докладите за инвалидност и хандикап са частично издавани от медицинските комисии ASL, интегрирани с медик от INPS (около 5-6 членове на

¹⁸⁵ http://www.osservatoriodisabilita.it/images/conferenza_2016/gruppo1/Gruppo1---PERCORSI-Rev-Grafica_DEF.pdf

комисия) и след това проверени от хомогенни комисии на INPS. По отношение на общите разходи и ангажираността с професионални ресурси, системата представлява определено непропорционални ресурси в сравнение с резултати. Към разходите на комисии се добавят тези от извадкови проверки и извънредните планове и административните разходи и тези, свързани с налагането на съдебен спор. Това, че е взето решение да се повторят плановете за извънредни одити, ясно показва, че системата за оценка и удостоверяване не е много надеждна, въпреки размера на ангажирания персонал.

- **Време за придобиване на удостоверение:** въпреки неотдавнашните намеси за административно опростяване, въпросът за средното време на изчакване за оценката и последващото възможно отпускане на икономически придобивки остава на дневен ред. Някои териториални експерименти, които виждат възлагането на целия процес на INPS, изглежда дават добри резултати за намаляването на времето за изчакване. Трябва да се реши и проблема за времето, свързано със съдебните спорове, което остава изключително дълго.
- **Разпределение на отговорности:** определянето на процент на инвалидност или тежест на хандикап по колегиален начин от една страна не е все още свързана с мултидисциплинарна компетентност, а от друга страна дава много по-рядка възможност за идентифицирането на отговорностите, приписването на оперативните резултати, мониторинга на оперативните резултати и последващото използване на показателите.
- **Епидемиологично / демографско подценяване:** В случаите на над 65-годишна възраст от Комисията се изисква да установи дали съществуват или не условия за отпускане на съпътстващата помощ или - само за целите на някакви здравни облаги - ако има постоянни трудности при извършването на ежедневния живот. Трябва да се вземат под внимание и заболяванията, характерни за възрастните хора (поне 60% от сесиите за оценка да се отнасят до лица над 80 години). В действителност системата не взема предвид това епидемиологично доказателство и не отделя пътя, като се възползва от възможността да направи тази оценка по-ефективна, посредством участието на местните служби. От това произтичат вероятно разпръскване на икономически и човешки ресурси и тежест за цялата система. Разделянето на оценките според възрастовата група би позволило да се повишат специфичните умения, цялата система да стане по-гъвкава, и да позволи специфично обучение на отделните оператори в полза на хомогенността и оценъчната прозрачност.
- **Качество и прозрачност на процедурите:** Настоящата система за оценка не гарантира глобална прозрачност на процесите и приемането на общи критерии за качество на резултата от дейностите на отделните действащи оператори: лекари, патронажи, сдружения, комисии, административни апарати. За това свидетелстват дълбокото териториално несъответствие и много различни преживявания, докладвани от гражданите. Липсата на критерии на качеството предотвратява освен приемането на адекватна система от показатели и прилагането на решения, насочени към проверка, обучение, актуализиране на съответните професионални умения и услуги.
- **Недостатъчни и неточни статистически източници:** ISTAT използва данните от фрагментирани и непълни източници (предимно INPS), което води до анализи, далеч от желаното качество за статистически анализ, предвидено в Конвенцията на ООН, и съответно не представят реалната картина.

Настоящият план за действие на правителството утвърждава политическата воля за целенасочени действия за решаване на тези критични елементи.

3.4. Обмен на информация

От 2015 г. е въведен служебен регистър, част от Информационната система за социални услуги (SISS¹⁸⁶). Базата данни позволява изграждането на т.нар. "социална папка" на гражданите, събираща информация за всеки гражданин спрямо предоставените му социални придобивки от INPS, общините, регионите, както и тези, предоставени чрез фиска. Този регистър е създаден в рамките на INPS. Местните власти и всяка друга институция, предоставяща социални помощи и услуги, предоставят на регистъра информацията за тяхната компетентност, определена от съответния регламент.

Регистърът се състои от следните компоненти:

- База данни за улеснени социални помощи (социални помощи, предмет на ISEE)
- база данни за други социални обезщетения (социални помощи, които не са предмет на ISEE)
- база данни за многомерни оценки (в този случай съществуват социални услуги, които са свързани с поемането от страна на социалните служби и следователно институциите-донори предоставят информацията за многомерната оценка в Регистъра, организира в 3 раздела, съответстващи на три различни потребителски зони:
 - детство, юношество и семейство (модул SINBA);
 - инвалидност и несамостоятелност (модул SINA);
 - бедност, социално изключване и други форми на трудности (форма на SIP)

Базата данни като цяло е инструмент, чрез който ще бъде възможно да се развият и подобрят планирането, управлението, мониторинга и оценката, контрола и санкциите относно социалните придобивки. Системата работи по следния начин:

- Програмиране: Регионите, автономните провинции и общините разполагат с индивидуалната информация, която се съдържа в базата данни, за планиране на интервенциите в социалната и социално-санитарната политика.
- Управление: с достъп до базата данни доставчиците на услуги имат информация за отделните икономически и социални условия и знаят ползите, предоставени на хората в условия на икономически затруднения и изложени на риск от социално изключване. Рамката, предлагана от тази информация позволява изграждането на добро управление на интервенции и услуги, свързани с грижата, предоставяна от професионалните социални служби.
- Мониторинг и оценка: базата данни позволява на Министерството на труда и социалната политика да се разпорежда с информация в индивидуална форма, с цел наблюдение на социалните разходи и оценка на ефективността и ефикасността на интервенциите, както и обработка за целите на статистиката и изследователски дейности.
- Контрол и санкции: с достъп до базата данни общините и другите институции, предоставящи улеснени социални помощи, могат да проверяват спазването на извършените интервенции въз основа на ISEE и да налагат санкции в случай на неправомерно използване на тези услуги. Базата данни ще бъде достъпна за Агенцията за приходите в частта, отнасяща се до нейните отговорности.

INPS изпраща в реално време и по електронен път исканията на потребителите до местните здравни органи за прилагане на процедурите за оценка. Медицинските комисии, чрез процедурата IT на INVICIV2010 на портала INPS, придобиват заявленията и извършват планирането на сесиите. Пканите за посещение на гражданин е отговорност на INPS.

¹⁸⁶ <http://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/default.aspx>;
<https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46419%3b46427%3b&lastMenu=46427&iMenu=1>

4. Органи за контрол и контролни механизми

4.1. Контрол на качеството и етичен кодекс

4.1.1. Контрол

Проверка на дейността на медицинските комисии

Директорът на Отдела за превенция на ULSS, чрез Дирекция Правна медицина по хигиена и услуги по общественото здраве, контролира функционирането на комисиите и е отговорен за координиране на дейностите (B.U.R.P. не. 98 от 09.13.1996). Директорът на отдела е отговорен и за наблюдението на всички дейности, включително тези на здравния и административния персонал на комисиите, като се зачита професионалната автономия на членовете на комисията. Секретарите трябва да гарантират предаването на тримесечна база на данни, свързани с дейностите, извършвани от гореспоменатия директор, с конкретен доклад въз основа на изготвените конкретни формуляри. Това не засяга контролната дейност, извършвана от INPS и търговските асоциации по отношение на часовете на изчакване и логистичните ситуации в офисите на Комисията.

Висшата медицинска комисия (CMC) провежда мониторинг на протоколите на местните медицински комисии на случаен извадков принцип или по препоръка на медицинските органи на INPS. Разследванията, организирани от CMC, дори след изпращане на протокола с решението до гражданите, могат да предвидят преглед на здравните досиета или допълнителни посещения.

INPS обикновено провежда ежегодно проверки за инвалидност на извадка между 2% и 5% от протоколите на медицинските комисии на ASL, независимо от факта, дали са довели до одобрени права или не. Освен това се правят и извънредни проверки по отношение на трайността на статута на инвалидност: през 2010 г. например по повод влизането в сила на Декрет-закон №. 78/2009 са извършени 100 000 проверки.

За да се гарантира максимална прозрачност по отношение на административния и здравния процес, гражданите и представителните организации могат да се запознаят с резултатите на комисиите по всяко време, посредством интернет страницата на INPS със персонализиран достъп (ПИК) до *intranet*.

Предложение за мониторинг на системата за оценка от Националната обсерватория за състоянието на хората с увреждания:

Мониторингът на системата за оценка и предоставяне на права, посредством разработването на нова информационна система и автоматизация спрямо предварително определени параметри, трябва да позволи да се наблюдават и оценяват:

- количествени и качествени данни за лица, които са подали заявление за първична оценка (възраст, вида на първоначален сертификат, ревизии, др.);
- време на чакане и издаване на протоколи спрямо групи граждани, лекари, териториални райони и др.;
- оперативните резултати на всеки лекар, участващ във всяка стъпка на оценка (брой посещения, организирани оценки, преглед, валидиране, съдебни спорове, произтичащи от разследванията му и др.);

- качеството/количеството на взаимоотношенията с центровете/служби/ отдели на Националната здравна служба, броя на посещенията и резултатите в акредитираните центрове и др.;
- качеството и показателите за дейността на асоциации и синдикалните представители, в съответствие с разпоредбите на Закон №. 152/2001;
- брой и размер на финансовата помощ, предоставена в резултат на основните оценки;
- брой признати изисквания за достъп до определени помощи и услуги;
- други елементи, полезни за анализиране и коригиране на процесите.

Наблюдението, координирано от INPS с цел максималната прозрачност (в режим на достъпни данни) се отнася и до неговия персонал, участието на местните здравни агенции, асоциациите на хората с увреждания, профсъюзите, и патронажите. Събраните елементи, изцяло или отчасти могат да бъдат основа за специфичните проучвания и изследвания на ISTAT. Освен надлежното спазване на законодателен декрет 322/1989, ISTAT трябва да изпрати данните, полезни за цялата обработка на тези и свързани с тях теми по подходящ и квалифициран начин.¹⁸⁷

4.1.2. Етичен кодекс и кодекс на работа на медицинските комисии

По време на назначаването и за цялата продължителност на ангажимента всеки член на медицинската комисия, включително секретарят, трябва да отговарят на следните условия:

1. да не е осъждан за наказания;
2. да не се води наказателно производство в процес на разглеждане за факти и / или действия, свързани с дейността на въпросната комисия;
3. да не е бил подложен на дисциплинарно производство, което е приключило с налагането на санкция, надвишаваща устното или писменото порицание през двете предходни години;
4. да не е получил отрицателна оценка от оценителните органи на агенцията през предходните две години;
5. Областната комисия, където е назначено лицето, не може да има териториална компетентност за общината по местоживее на члена или на секретаря;
6. Териториалният обхват на дейността на доктора по обща медицина като член на комитета не може да съвпадне изцяло или отчасти с териториалната област на компетентност на областната или провинциалната комисия, в която е назначен;
7. Забранено е членовете на комисиите да поемат позиции на СТU или СТР в полза на ползватели, пребиваващи на територията на провинцията, в съдебни решения относно решенията на комисиите, посочени в настоящия правилник.

Задължително е членовете и секретарите незабавно да уведомяват за всяко изменение по отношение на изискванията и всички възможни условия за несъвместимост и / или невъзможност за приемане на съответните мерки в рамките на компетенциите на Агенциите. В съответствие с правилата за защита на чувствителни и съдебни данни (съгласно членове 20 и 21 от Законодателен декрет 196/03 и специфичните разпоредби, съдържащи се в регионален правилник № 5 от 25.05.2006 г.), е задължително Комисията да гарантира във всеки предварителен етап защитата на личните данни, от придобиването на искането и всяка друга документална добавка към провеждането на посещенията, до предаването на протокола към службите на CMV-INPS и към лицето с увреждане.¹⁸⁸

¹⁸⁷ http://www.osservatoriodisabilita.it/images/conferenza_2016/gruppo1/Gruppo1---PERCORSI- Rev-Grafica DEF.pdf

¹⁸⁸ Допълнителни кодекси на работа могат да бъдат намерени на https://cdc.etrasparenza.it/pagina766_codice-disciplinare-e-codice-di-condotta.html

4.2. Обжалване на решения

Без да се накърнява правото на заинтересованата страна да започне процедура за преразглеждане за самозащита или на INPS да пристъпи към отбрана, се подава административна жалба срещу протокола и основните оценки, която трябва да бъде активирана в рамките на 60 дни след уведомяването. Административното обжалване се представя пред INPS, чрез персонален код на лицето или чрез представителна организация, която активира Колегиална комисия, учредена във всяка област на INPS (която няма общо със други контролни комисии или участници в дейността на ASL). Комисията се състои от трима лекари, назначени от INPS. Заинтересованото лице има право да бъде представявано и подпомогнато от лекар от собственото си обкръжение.

Комисията обикновено извършва оценка на събраните документи, съгласуваност между проведените тестове и прилаганите показатели. При съмнителни случаи Комисията има право да се обърне пряко към заинтересованата страна, в който случай срокът се преустановява и се възобновява от деня след посещението.

За целите на прозрачността на действията, в края на оценките си Комисията издава решение, което включва данни за всички взетите под внимание актове, включително тестовете и тяхната целесъобразност и адекватност, резултатите от всяко пряко посещение и получените изводи.

От Комисията се изисква да изрази становище в рамките на 30 дни от подаването на жалбата. Решението се съобщава своевременно на заинтересованата страна (и/или на представителната организация, ако е делегирана от заинтересованата страна) и се регистрира в информационната система на INPS. След тази дата заинтересованата страна може да пристъпи към съдебно обжалване. Административното обжалване е условие за всеки последващ съдебен контрол.

Ако лицето счита, че Комисията не е оценила адекватно ситуацията, той може да направи съдебно обжалване (т.е. пред съдия), със съдействието на адвокат, в срок от шест месеца след получаване на доклада. От 1 януари 2012 г. със Закон № 111/2011, всеки, който желае да обжалва дело за инвалидност, трябва да се обърне към компетентния териториален съд (по адрес на пребиваването) и да подаде искане за предварителна техническа оценка за проверка на здравните условия, които легитимират правото на помощи. Ако се спечели обжалването за оценка на гражданска инвалидност, икономическите обезщетения се изплащат от първия месец, следващ месеца на подаване на молбата за оценка на гражданска инвалидност или признаване на състоянието на инвалидност. Ако обаче жалбата е загубена, лицето трябва да заплати съдебните разноски, в случай, че неговия доход е по-висок от 18 592,44 евро (увеличен с 1,032.91 евро за всеки съжителстващ член на семейството). Също така в този случай встъпителната молба трябва да съдържа в прикачен файл копието на официален документ за доходи като доказателство за това, което е посочено. Съдебното решение е окончателно и не е възможно да бъде обжалвано.

5. Координация и сътрудничество с други органи и институции във връзка с ЕР

5.1. Други структури, които участват в подкрепата на хората с увреждане

5.1.1. Националната обсерватория за състоянието на хората с увреждания

Националната обсерватория, създадена със закон № 18 от 3 март 2009 г. за ратифициране и прилагане на Конвенцията на ООН за хората с увреждания, попада в приложното поле на т.нар. "координационен механизъм", който държавите-страни са задължени да определят, за да насърчават и наблюдават изпълнението на Конвенцията съгласно чл. 33, ал.1.

Обсерваторията се председателства от Министъра на труда и социалната политика и използва подкрепата на технически секретариат, създаден в рамките на човешките ресурси на Генералната дирекция за социално включване и социална политика на Министерството на труда и социалната политика. С постановление на председателя на Министерския съвет от 5 декември 2016 г., публикувано в Държавен вестник бр. 25 от 31 януари 2017 г. продължителността на Националната обсерватория за състоянието на хората с увреждания е удължена за тригодишния период 2017-2020 г.

Обсерваторията има за задача да развива и подобрява информацията за хората с увреждания на територията на Италия и в същото време да допринася за подобряване на съгласуваността и ефективността на политиките. По-специално съгласно чл. 3, ал. 5 от закона 3 март 2009 г. 18, се занимава с: насърчаване прилагането на Конвенцията на ООН и изготвяне на подробен доклад за мерките, приети съгласно член 35 от същата конвенция, съвместно с Междуведомствената комисия по правата на човека; подготвяне на двугодишна програма за действие за насърчаване на правата и интеграцията на хората с увреждания при прилагането на националното и международното законодателство; популяризиране събирането на статистически данни, илюстриращи състоянието на хората с увреждания, като се отчитат и различните териториални положения; насърчаване провеждането на проучвания и изследвания, които могат да помогнат за определяне на приоритетни области, към които могат да бъдат насочени действия и намеси за насърчаване на правата на хората с увреждания.

5.1.2. Социални кооперации от тип Б

Социалните кооперации, посочени в закон №. 381/91, са привилегирован център за експериментиране на професионални пътеки, предназначени за хора със специфични трудности при адаптиране към работна среда. Активните социални кооперации в Италия са над дванадесет хиляди, с оборот от над 12 милиарда евро, почти 1% от италианския БВП и наемат малко над 300 хиляди работници. Социалните кооперации от тип А се занимават с предоставяне на социални услуги, социално здравеопазване и образование (вкл. детски градини) с оборот от почти 9 милиарда евро. Парите, които идват главно от обществените поръчки, потвърждават все по-силната роля на тези компании като мениджъри на социални грижи. Според някои оценки най-малко половината от споменатите днес услуги се управляват от социални кооперации. Кооперациите се регулират от специфичните правила в Гражданския кодекс, по чл. 2511 на чл. 2548 и, доколкото са съвместими, от разпоредбите относно акционерните дружества (член 2519, параграф 1). За социалното и трудово приобщаване на хората със социално и социално-здравно затруднение социалните кооперации от тип Б играят

важна роля.¹⁸⁹ Кооперациите от тип Б (над 3 хиляди с оборот от 2 милиарда евро) са задължени да резервират най-малко 30% от работното си място на хора в неравностойно положение (алкохолици, затворници и бивши затворници, лица с физически, психически и сензорни увреждания, наркомани и други лица в бедност или изключени от пазара на труда), които работят основно в няколко отрасли на икономиката, с по-голяма склонност към търговския сектор и сектора на услугите, както и в селскостопанските и занаятчийските дейности.¹⁹⁰

Социалните кооперации от тип Б изпълняват следните мисии:

- изпълняват персонализирани пътеки за трудоустройство, където работата също има за цел социализация и придобиване на статут, както и място за учене на умения и специфични работни техники;
- сътрудничат за осъществяването на рехабилитационни пътеки, разработени от назначените служби и чрез използване на технически и помощни средства, които позволяват да се оцени адекватно капацитета на хората с умствени разстройства в техните способности и да се поставят на правилното място в подходящ работен контекст;
- развива търговски взаимоотношения с частни фирми, които също така благоприятстват преминаването на хората с увреждане към обикновения пазар на труда (член 12 от Закон 68/99 и член 14 от Законодателен декрет 276/2003, "Изпълнение на делегациите относно заетостта и пазара на труда, съгласно Закон 30/03);
- Изследват възможности за насърчаване на трудоустройство на хора в неравностойно положение в структурите на публичната администрация (LR 23/2006);
- сътрудничат с референтните обществени служби (SIL, CPI) при настаняването на хора в неравностойно положение;
- насърчават мрежите за подпомагане на развитието на личната автономия, извън работна среда, вкл. чрез дейности за самопомощ.

5.1.3. Други оператори

Търговско-представителни асоциации

Те сътрудничат с обществените служби по заетостта и SIL за разпространение в техните асоциирани предприятия на информацията относно възможностите, предлагани от националното и регионалното законодателство, за да се благоприятстват пътищата за намиране на работа на хора с увреждания (стажове с безвъзмездни средства за работа, вноски за адаптиране на работното място, покриване на места в задължение чрез прехвърляне на поръчки на кооперации от тип Б и др.). Тези асоциации насърчават действията за повишаване на осведомеността по въпроса за интегрирането на работа на хора с увреждания и хора в неравностойно положение в свързаните предприятия, и участват в партньорства за развитие в рамките на системни проекти, насочени към определяне и тестване на модели за намиране на работа.

¹⁸⁹ Sentenza della Corte costituzionale 2 febbraio 1990, n. 50; Закон 1991, n. 381: "Дисциплина на социалните кооперации";

¹⁹⁰ http://www.repubblica.it/solidarieta/volontariato/2016/05/13/news/cooperative_sociali_12_miliardi_di_fatturato_i_da_tit-139730329/?refresh_ce

Синдикални организации

Те участват в регионални и провинциални комисии, които се занимават с активна трудова политика и в областта на колективното териториално и фирмено договаряне. Те насърчават действия за осведомяване в рамките на фирми посредством RSU (представители синдикални съюзи) или при липса на такива, чрез RSA (представители на корпоративни съюзи), по-специално с цел:

- насърчаване на постоянното наблюдение на прилагането на Закон 68/99 чрез договаряне и бизнес диалог;
- експериментирание на организационни / договорни решения, за да се позволи улеснено внедряване и последващо стабилизиране на трудовото правоотношение на лица с психологически проблеми;
- насърчаване на култура на социално приобщаване сред работещите колеги към по-слабите участници на пазара на труда;
- подпомагане на заетостта на хора с психични заболявания, сътрудничейки с операторите на обществени услуги, отговарящи за внедряването.
- териториално социално договаряне с публични и частни събеседници, по проблеми, които засягат работниците като граждани, по-специално за подобряване на услугите за хората (социално здраве, транспорт, активни политики и т.н.).

Асоциации на членове на семействата и асоциация на хора с увреждане

Тези организации защитават правата на хората с увреждане като предоставят наблюдения и предложения относно прилаганите политики на местните здравни звена, общини и регионални и национални органи. Те представляват хората с увреждане в регионалните комисии и работни групи и участват в разработването на планове в на агенциите ULSS в които са представени. Тези асоциации са компетентни да подават заявление за основна оценка от името на лицето с увреждане и да предоставят подкрепа при евентуално представяне на административната жалба. Дейностите им се наблюдават и трябва да отговарят на критерии и показатели за качество. Те участват в дейностите по мониторинг на процесите на териториите, на които извършват дейността си, както и на национално ниво. Асоциациите, които имат представителност за даден вид увреждане (*patronati sindacali*) имат достъп до информационна система за цялата административна част на лицето с увреждане в случай на предоставяне на финансова помощ или в случай на административна жалба, надлежно делегирана от съответния гражданин.

Полу - жилищни центрове

Полу - жилищните структури посрещат хората с увреждания през деня по специфични начини според вида център:

- Дневен център за хора с увреждания (CDD): Дневна структура, която работи за 35 часа седмично, в продължение на 47 седмици годишно и която привлича хора със сериозни увреждания на възраст между 18 и 64 години (децата могат да бъдат посрещнати в тези структури само по изключение и при определени условия). В центъра се осигуряват социални, здравни, образователни, рехабилитационни и социално-активни услуги.
- Социално-образователен център (CSE): Дневна структура, която работи 35 часа седмично и е предназначена за хора с увреждания, които не се поддържат от социално-здравната система. В центъра са осигурени социално-образователни и социално-анимационни

услуги, които стимулират личната автономност, социализацията и поддържането на културното равнище на хората с увреждания, така че те да могат да улеснят интеграцията им в света на труда. Те са предназначени за хора с увреждания, които представляват значителни увреждания в автономността на елементарните функции и не могат да бъдат включени в нормалното обучение и работната среда.

- Служба за автономно обучение (SFA): Дневна услуга, която предоставя социални и образователни услуги с цел развиване на умения, необходими за създаване на информираност, самоуважение и самоопределение, които да се използват в семейството, социалната и работната среда. Лица с увреждания под 65-годишна възраст с разумни умения за комуникация, адаптивност и комуникация могат да се възползват от тази услуга.

Жилищните институции

Жилищните институции са предназначени за хора с увреждания, които вече нямат възможност да останат в семейството и имат нужда от подкрепа по отношение на самообслужването, управлението на ежедневието, реализирането на житейски опит в автономията, развитието на умения социална и рехабилитация. По-долу са изброени видовете съществуващи жилища, които могат да бъдат адресирани според техните проблеми и специфични нужди.

- Здравните резиденции - помощ за хора с увреждания (RSD) са жилищни съоръжения, които приветстват хора, обикновено на възраст между 18 и 65 години, с тежко увреждане, които се нуждаят от услуги с висока степен на здравна интеграция от медицинско естество, медицински грижи, образование, рехабилитация и защита. Непълнолетните лица могат да бъдат приемани по изключение и при определени условия.
- Общински здравни и социални жилища (CSS): жилищни съоръжения, които посрещат хора с тежки увреждания. Това са малки общности, които могат да приемат до 10 лица (на възраст между 18 и 64 години), да станат обичайното жилище на лицето, като същевременно предлагат персонализирана помощ, образователни, развлекателни и терапевтични интервенции.

Достъпът до полу-жилищни и жилищни центрове обикновено се насърчава чрез социалната служба на общината, в която живее лицето с увреждания.

Частни доставчици на здравни и санитарни услуги

Частните доставчици трябва да имат всички необходими условия за работа в здравната система. Всички доставчици на социо-санитарни и здравни услуги трябва да притежават редица минимални технически изисквания за отваряне на здравни заведения и за извършване на здравни дейности. Разрешението се издава от общината. (чл. 8в от Законодателен декрет 502/92). По-строги и незаменими технически и организационни изисквания са необходими при извършване на дейности от името на регионалната здравна служба. Проверката на изискванията и издаването на акредитация (с регистрация в регионалния регистър на акредитираните дружества) е отговорност на региона (чл. 8 на Законодателен декрет 502/92). Това могат да бъдат поликлиники, частни аналитични лаборатории, частни медицински домове, жилищни центрове за възрастните хора, здравни резиденции и др. Акредитацията засяга всички публични и частни субекти, които осигуряват болнична и специализирана помощ, жилищни и полу- жилищни услуги и здравен транспорт (в аварийни и обикновени

случаи). Продължителността на акредитацията варира в различните региони и предвижда подновяване. Задължително е сключването на споразумения между местното здравно звено и обслужващите дружества. Продължителност на тези договори е от 1 година.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящият доклад прави опит за детайлно представяне на политиките и системите за хора с увреждане във Франция и Италия и показва как Международната класификация за функционирането на човека, уврежданията и здравето може да бъде приложена в различни степени и за различни цели. ICF се прилага основно за хармонизиране на практиките, за по-равно третиране на ХУ и за програмиране на политики и определяне на целенасочени услуги и проекти за подобряване на живота на хората с увреждане.

Важно е да се спомене, че и в двете описани системи ICF не се прилага за определяне на инвалидните пенсии, но за определяне на адекватни и по-целенасочени услуги и грижи за лицата с увреждане в рамките на персонализирани жизнени проекти. За определяне на право на инвалидни пенсии би било интересно да се разгледа опита на Германия, която експериментира в тази посока.

След представянето на опита и усилията на двете страни в реформиране и модернизиране своите практики и политики може да се заключи, че за целите на успешното реформиране на системата на ХУ би трябвало да са налични няколко основополагащи елементи. Първият елемент е силна и устойчива политическа воля, която да вижда ползите от една такава реформа, да организира междуведомствени дейности и да намери най-добрия компромис между различни интереси и лобиращи сили. Политически и публично-административен ангажимент е също нужен и за развитието на подкрепящи услуги и мерки за хора с увреждания. Прилагането на ICF за ЕР не би имал реален смисъл ако не е съпроводен с развитието на целенасочени мерки и развитие на териториални интегрирани и персонализирани услуги за здравна, социална и трудова подкрепа. Друг елемент е инвестиране в целенасочени усилия за обширна информираност и обучения. Потенциалното приложение на ICF и съпроводените нови практики/мерки трябва да бъде подкрепено с подходящи обучения и работни сесии като бъдат обхванати всички заинтересовани страни, по въпросите на хората с увреждане. Това може да бъде направено с обучения от СЗО на обучители, които от своя страна да обучават в различни населени места. Важно е всички заинтересовани страни да могат не само да разберат новите мерки, но и да могат да ги прилагат по унифициран и ефективен начин. Този елемент е и най-вероятно от по-ресурсоемките усилия на реформата. Инвестиции в централизирани информационни системи или свързване на отделните ИС на държавни, общински и акредитирани доставчици на услуги би довело до редица улеснения на работата, прозрачност и ресурсна ефикасност. Не по-малко важно е всяка предвидена промяна да бъде пилотирана на регионално ниво достатъчно дълго време, за да може да се прецени до колко тя е адекватна и реално приложима преди да се признае на системно и национално ниво.

Необходима първоначална стъпка, препоръчана от работните групи на СЗО е ICF да бъде преведен и приложен като единен национален език при дефиниране на уврежданията. За целите на отчетността е необходимо да бъде реализирано национално представително проучване, което да залегне и в практиките на НСИ, което ще позволи да се установи реалната картина на увреждането в страната, така и то да бъде сравнявано на Европейско и международно ниво. Прилагането на разработените от СЗО ICF въпросници и модел на национално изследване (model survey) ще позволи да се определи не само реалната обстановка в страната, но ще даде нужната информация и аргументиране на по-целенасочено планиране и програмиране на политики за ХУ.

СПРАВКА ЗА ИЗПОЛЗВАНА ИНФОРМАЦИЯ

1. J. Bickenbach, A. Posarac, A. Cieza, N. Kostanjsek. *Assessing Disability in Working Age Population: A Paradigm Shift*. World Bank, 2015 < <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22353/Disability0Ass00Report0June01802015.pdf?sequence=1>. >

Раздел 1 – ФРАНЦИЯ

2. T. Barnouin et T. Darcillon. *Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014*. Etudes et résultats. DREES 0999. 2017. < <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er999.pdf>>
3. [Rétrospective 2015] *2015: les chiffres clés du handicap* < <https://www.talenteo.fr/chiffres-handicap-2015/>>
4. *Tableau de bord FRANCE ENTIERE*, N° 2017-2 – pg. 3. Agefiph. < https://www.agefiph.fr/content/download/835901/20043318/version/1/file/TB_N°2017-2-FRANCE.pdf>
5. *Santé - Handicap – Dépendance*. Insee Références, édition 2018 < <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303482?sommaire=3353488>>
6. *Handicap : une priorité du quinquennat*. 2017 < <http://handicap.gouv.fr/priorites/article/handicap-une-priorite-du-quinquennat>>
7. *Rapport du Gouvernement au Parlement sur la politique nationale en direction des personnes handicapées 2013 – 2015* < http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/10/rapport_du_gouvernement_au_parlement_2013_-_2015.pdf>
8. 4-то издание на Национална конференция по въпросите на хората с увреждания < www.dailymotion.com/video/x4bh8x2>
9. D. Piveteau. *Zéro sans solution: le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2014 < <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000376/index.shtml>>
10. Comité interministériel du handicap : dossier de presse. 2017 < <https://www.gouvernement.fr/comite-interministeriel-du-handicap-dossier-de-presse>>
11. *Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020*. Ministère de travail < https://www.cnsa.fr/documentation/convention_multipartite_2017-2020_-_16_11_2017.pdf>
12. *Emploi et handicap : le dispositif de l'emploi accompagné*. Статия. 2017 < <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/article/emploi-et-handicap-le-dispositif-de-l-emploi-accompagne>>
13. *Plan stratégique de l'Agefiph*. 21 février 2017 < <https://www.agefiph.fr/content/download/826121/19809263/version/1/file/PLAN+STRATEGIQUE+23+05+17.pdf>>

14. Закон n° 2004-626 du 30 juin 2004 *relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000622485&categorieLien=id>
15. Закон n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
16. Приложение 2-4 към Указ № 2004-1136 от 21 октомври 2004 г. относно Кодекса за социални и семейни дейности / Code de l'action sociale et des familles < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000019325262> >
17. *Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*. CSNA. 2012 < https://www.preziosi-handicap.org/upload/geva_guide-evaluer-besoin-compensation.pdf >
18. Закон n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032983213&categorieLien=id>
19. Закон n° 2017-137 du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées < <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/2/7/AFSA1626521D/jo> >
20. *Obligation d'emploi des travailleurs handicapés*. Статия в Service public. 2018. < <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F1651> >
21. *Aides pour l'embauche de travailleurs handicapés*. Статия в Service public. 2017. < <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F15204> >
22. *Emploi et handicap : le dispositif de l'emploi accompagné*. Статия в Ministère du travail. 2018 < <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/article/emploi-et-handicap-le-dispositif-de-l-emploi-accompagne> >
23. Annuaire des Entreprise adaptée < <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/entreprise-adaptee-247.html> >
24. Указ на Ministère du travail от 24 март 2015 relatif aux critères ouvrant droit à l'aide au poste et à la subvention spécifique dans le cadre des recrutements opérés directement par les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile. < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030439838> >
25. Circulaire DGEFP n°2006/08 du 7 mars 2006 relative aux Entreprises Adaptées (EA) et Centres de Distribution de Travail à Domicile (CDTD). Ministère du travail < http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_2857.pdf >
26. Allocation aux adultes handicapés (AAH). Практически лист. < <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242> >
27. CIRCULAIRE N° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 20 11 relative à l'application du décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation. < http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/10/cir_33982.pdf >
28. *AAH 2018 : montant et plafonds de ressources*. Статия. < <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/4843-aah-2018-montant-et-plafonds-de-ressources> >

29. *Allocation de solidarité spécifique (ASS) : montant de l'ASS 2018*. Статия. < <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/4470-allocation-de-solidarite-specifique-ass-montant-de-l-ass-2018> >
30. *Le RSA socle, conditions, montant du RSA et formulaire de demande 2018*. Статия. < <https://www.aide-sociale.fr/rsa-socle-dossier-calcul/> >
31. *Allocations logement*. Досие. < <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N20360> >
32. *Prestation de compensation du handicap (PCH)*. Практически лист. < <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202> >
33. *Travailleur handicapé : contrat d'apprentissage*. Практически лист. < <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F219> >
34. *Handicap : contrat ou stage de rééducation professionnelle*. Практически лист. < <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F212> >
35. *Carte mobilité inclusion (CMI)*. Практически лист. < <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34049> >
36. M. Del Sol. *La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente* (2017) < <https://www.cairn.info/revue-regards-2017-1-page-119.htm> >
37. *Prise en charge à 100 % (ALD, CMU-C, AME) : quelles maladies, quels bénéficiaires ?* Статия. < <http://www.66millionsdimpatients.org/le-cout-de-votre-sante-4/prise-en-charge-a-100-ald-cmu-c-ame-pourquoi-pour-qui/> >
38. *Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)*. Статия в правителствена страница. < <http://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maison-departementale-du-handicap/article/maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph> >
39. Организационна структура на MDPH – примери. < http://www.mdph.puy-de-dome.fr/fileadmin/user_upload/Organigramme.pdf; http://www.mdph35.fr/sites/default/files/asset/document/organigramme_2016.pdf; <https://mdph.hautes-alpes.fr/sites/mdph.hautes-alpes.fr/files/page/66/organigrammemdph.pdf>; http://www.mdph37.fr/fichiers/MDPH/Organigramme_MDPH_mars_2017.pdf; >
40. Формуляр за кандидатстване до MDPH, публикуван в Официален вестник от 11 май 2017 г. < www.droitissimo.com/sites/default/files/formulaires/cerfa_15692_demande_maison_handicapes.pdf >
41. Моделът на медицинско свидетелство (2017) < https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15695.do >
42. *L'Equipe pluridisciplinaire d'Evaluation (EPE)*. Статия. 2013. < <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page333.htm> >
43. *La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées*. Статия в държавна страница. 2017. < <http://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maison-departementale-du-handicap/article/la-commission-des-droits-et-de-l-autonomie-des-personnes-handicapees> >
44. Кодекса за социални и семейни дейности < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000022069534> >
45. *Nouvelle étape de la modernisation des MDPH: Synthèse des rapports d'activité 2016 des maisons départementales des personnes handicapées. DOSSIER TECHNIQUE*. CSNA. 2016 < https://www.cnsa.fr/documentation/bd_global_cnsa_dossier_mdph_exe1.pdf >

46. *MDPH : Une adaptation continue. Synthèse des rapports d'activité 2012 des maisons départementales des personnes handicapées. DOSSIER TECHNIQUE.* CSNA. 2013 < <https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-DT-mdph-web-3.pdf> >
47. *2017 Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie.* CSNA < https://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf >
48. *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Période 2016-2019.* CSNA < https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_dt_cog_bdinteractif.pdf >
49. Приложение 2-5. *Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation.* < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000018780363&dateTexte=&categorieLien=cid> >
50. *Formulaires Geva-Sco.* CSNA. 2017 < <https://www.cnsa.fr/documentation/formulaires/formulaires-geva-sco> >
51. *Notice explicative du formulaire de demande(s) auprès de la maison départementale des personnes handicapées (mdph)* < https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfaFormulaire=13788*01&cerfaNotice=51299 >
52. *Допълнения към медицинския сертификат: стандартен доклад на слухова и офталмологична оценка* < <https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getAnnexe.do?cerfaAnnexe=15695-1&cerfaFormulaire=15695> > и < <https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getAnnexe.do?cerfaAnnexe=15695-2&cerfaFormulaire=15695> >
53. *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées.* CSNA. 2013 < <https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA-Technique-eligibilites-web-2.pdf> >
54. I.Rougier. B.Legrand-Jung. *Evaluation des Cap emploi et de l'accompagnement vers l'emploi des travailleurs handicapés chômeurs de longue durée.* Inspection générale des affaires sociales. 2017. < www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-124R.pdf >
55. *Démarche expérimentale d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées* Optim Ressources. 2013 < https://www.cnsa.fr/documentation/rapport_d_evaluation_de_l_experimentation_-_employabilite_des_ph_-_juin_2013.pdf >
56. *Le système d'information commun des maisons départementales des personnes handicapées.* CNSA 2015. < http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/si-mdph_depliant.pdf >
57. *Projet « Si de suivi des orientations des personnes en situation de handicap » cadre d'urbanisation – v1.0 pour concertation.* CNSA. 2017. < https://www.cnsa.fr/documentation/asip-cnsa_si_suivi_des_orientations_cadre_urbanisation_v1_0_pour_concertation_-_vt7_tm_pour_diff_com_13_04_17.pdf >
58. *Допълнително споразумение между CNSA и CNAMTS за периода 2016-2019.* < https://www.cnsa.fr/documentation/convention_cnamts_2016-2019.pdf >
59. *Указ n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie* < <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/9/7/AFSA1609280D/jo/texte> >
60. O. Poinot. *Gouvernance: Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).* Статия. 2016. < <https://blogavocat.fr/space/olivier.poinot/content/gouvernance-creation-du-cdca> >

61. *Des solutions pour trouver un emploi*. Статия. Agefiph. < <https://www.agefiph.fr/Personne-handicapee/Trouver-un-emploi> >
62. *A propos de l'Agefiph* > Ressources humaines. < <https://www.agefiph.fr/A-propos-de-l-Agefiph/Ressources-humaines> >
63. *Cour des comptes : L'Agefiph et le FIPHFP mis en cause*. Статия. 2018. < <https://www.handirect.fr/agefiph-fiphfp-cour-des-comptes/> >
64. *Rapport d'Activité*. Fiphfp 2016. < <http://fiphfp.publispeak.com/rapport-activite-2016/com/ipedis/publispeak/client/contents/pdf/FIPHFP-RA2016-FR.pdf> >
65. *Rapport d'Activité*. OETH. 2016. < www.oeth.org/files/RAPPORT_ACTIVITE_OETH_2016.pdf >
66. *Les ESMS, qu'est-ce que c'est ?* Статия. CSNA. 2018. < <https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-esms-quest-ce-que-cest> >

Други полезни връзки за Франция

1. www.service-public.fr - официален сайт на френската администрация
2. www.securite-sociale.fr - портал на обществената услуга за социална сигурност
3. www.solidarites-sante.gouv.fr - Министерство на солидарността и здравето
4. www.handicap.gouv.fr - Държавен секретариат, към министър-председателя, по въпросите на хората с увреждания
5. www.cnsa.fr/documentation/publications-de-la-cnsa/les-dossiers-techniques - библиотека на Националния фонд за солидарност за автономия с технически, научни и други документи, отнасящи се до работата на MDPH.
6. www.ameli.fr - сайт на националната здравно-осигурителна каса - Assurance Maladie
7. www.mdpf.fr - портал на MDPH
8. [www.dailymotion.com/Communication CNSA](http://www.dailymotion.com/Communication_CNSA) - видеоматериали на CNSA
9. www.defenseurdesdroits.fr – сайт на защитника на правата на хора с увреждане
10. www.gouvernement.fr - страница на правителството на Франция
11. www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr - Национален информационен портал за автономия на възрастните хора и придружаващите ги близки

Раздел 2 – ИТАЛИЯ

1. *La disabilità in Italia in numeri*. 2015 <<http://www.vita.it/it/article/2015/12/02/la-disabilita-in-italia-in-numeri/137618/>>
2. *Persone con disabilità in Italia, fra dati ufficiali e luoghi comuni*. Condicio.it. FISH <www.fishonlus.it/files/2015/09/persone-con-disabilita-italia.pdf>
3. *Proposta di Il programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale ai sensi dell'art. 5, co. 3, della legge 3 marzo 2009, n. 18*. OCD & MLPS. 2016 <http://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/PDA_Disabilita_2016_Agosto2016.pdf>
4. P. Paolo Pani. *Il Piano nazionale d'indirizzo per la Riabilitazione*. Статия. 2010. <<https://www.socialesalute.it/articolo/25-il-piano-nazionale-dindirizzo-per-la-riabilitazione>>
5. A. Torregiani. *L'inserimento lavorativo delle persone con disabilità psichica*. Статия в SuperAbile. 2018 <<https://www.superabile.it/cs/superabile/lavoro/collocamento/strumenti-per-inserimento-lavorativo/20170515e-l-inserimento-lavorativo-persone-disabilita-psichica.html>>
6. A. Micangeli, A. Puglisi, R. Vignola. *Report on the employment of disabled people in European countries*. ANED. VT/2007/005 <<https://www.disability-europe.net/downloads/440-it-employment-report>>
7. F. Zucconi. *Collocamento mirato: cos'è e chi è interessato*. Статия. 2017 <<https://www.lavoroediritti.com/abclavoro/collocamento-mirato-disabili>>
8. D. Regolo. *Le ragioni del forte "No" alla chiamata nominativa*. Статия. 2015 <<https://blog.jobmetoo.com/le-ragioni-del-forte-no-alla-chiamata-nominativa/>>
9. Закон 22 2016, n. 112 *Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare* <<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2016-06-22;112!vig>>
10. D. Figueroa. *Global Legal Monitor. Italy: Legislation on Support for the Disabled*. Library of Congress. 2016 <<http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/italy-legislation-on-support-for-the-disabled/>>
11. *Decreto di riparto FNA 2017*. Condicio.it Статия. 2018 <<http://www.condicio.it/news/decreto-di-riparto-fna-2017/>>
12. *Linee Guida per la presentazione da parte delle Regioni di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità per l'anno 2017*. MLPS. <<http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2017/DD-808-del-29dic2017-Linee-guida-vita-indipendente-anno-2017.pdf>>
13. *Bollettino Ufficiale*. Regione Lombardia. 28.12.2010. <<http://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/c67f6acd-3a2f-4c59-9e69-2db409f564b6/Piano+d%27Azione+Regionale.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c67f6acd-3a2f-4c59-9e69-2db409f564b6>>
14. Закон 1971, n. 118 "Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili." <<http://www.handylex.org/stato/l300371.shtml>>
15. S. Manservigi. *Invalidità, disabilità ed handicap: quali sono le differenze?* Статия. 2015 <<https://www.money.it/Invalidita-disabilita-ed-handicap>>

16. Закон 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." < <http://www.handylex.org/stato/I050292.shtml> >
17. *Contributo per persone con disabilità gravissima*. Статия. 2017 < <http://www.fondazionepaladini.it/contributo-per-persone-con-disabilita-gravissima/> >
18. G. Maucci. *Verbali di invalidità civile e handicap: terza parte i codici*. Статия. 2018 < <https://www.superabile.it/cs/superabile/normativa-e-diritti/contributi-economici/domanda-di-accertamento/20170718rev-verbali-invalidita-e-handicap-codici.html> >
19. *Invalidità civile, tutte le informazioni utili*. Блог. Ability Channel. < <http://www.abilitychannel.tv/invalidita-civile-tutte-le-informazioni-utili/> >
20. *Indennità mensile di frequenza*. Информационен бюлетин. INPS. < <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=%3b0%3b49457%3b&lastMenu=49457&iMenu=1&itemDir=50195> >
21. *Maggiorazione dei contributi per la pensione ai lavoratori non vedenti iscritti all'assicurazione generale obbligatoria (AGO)*. Информационен бюлетин. INPS. < <https://www.inps.it/NuovoportaleINPS/default.aspx?sPathID=%3b0%3b49444%3b&lastMenu=49444&iMenu=1&itemDir=50734> >
22. S. Micocci. *Invalidità civile 2018, INPS: riconoscimento, percentuali e tabelle importi*. Статия. 2018 < <https://www.money.it/Invalidita-civile-2018-INPS-tabelle-importi-percentuali> >
23. L. Gaita. *Lavoratori disabili, le nuove regole per l'assunzione: diritti, doveri e tempistiche*. Статия. 2018 < <https://www.ilfattoquotidiano.it/2018/01/29/lavoratori-disabili-le-nuove-regole-per-l-assunzione-diritti-doveri-e-tempistiche/4119297/> >
24. F Zucconi. *Collocamento mirato: cos'è e chi è interessato*. Статия. 2017 < <https://www.lavoroediritti.com/abclavoro/collocamento-mirato-disabili> >
25. *Formazione e disabili*. Статия. 2007. < <http://www.jobtel.it/formazione-e-disabili/> >
26. Закон от 2006, n. 67, "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni". Gazzetta Ufficiale n. 54 of 6. 2006 < <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/06067l.htm> >
27. *Decreto del Presidente della Repubblica 14 January 1997* < www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1163_allegato.pdf >
28. Бланки и документи, свързани с *Progetti Di Vita Indipendente* за регион Марче < http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#6169_Progetto-Regionale---Modulistica >
29. *Richiesta di presidio o ausilio. Servizio Ausili e Protesi*. ULSS 6 Euganea. Информационен бюлетин. < http://www.ulss15.pd.it/nqcontent.cfm?a_id=1152 >
30. *Regolamento generale per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici a persone, Enti pubblici e private*. COMUNE DI MIRA – Provincia di Venezia < <http://sac3.halleysac.it/c027023/zf/index.php/trasparenza/index/visualizza-documento-generico/categoria/117/documento/712> >
- A. Maria D'Andrea. *Bonus luce 2017 disabili: chi ne ha diritto? Domanda, importo e regole*. Статия. 2017 < <https://www.money.it/bonus-luce-2017-disabili-domanda-importo-regole> >
31. Организационна структура на ULSS 6 < <http://www.sivempveneto.it/wp-content/uploads/2017/11/Atto-aziendale-Ulss-6-Euganea.pdf> >

32. C. Vagnini, F. Raggi. *L'organizzazione del sistema sanitario*. AUSL di Ferrara. 2017 < http://www.unife.it/medicina/ls.infermieristica/studiare/minisiti/scienze_giuridiche_economiche/modulo-di-organizzazione-aziendale-in-ambito-sanitario/2016-17/lezione-7-febbraio-2017-vagnini.pdf >
33. Allegato A alla Dgr n. 1138 del 06 maggio 2008. *Linee di indirizzo sulle modalità attuative e sugli strumenti posti in essere dai servizi integrazione lavorativa*. Regione di Veneto. < <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=206027> >
34. *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili*, a norma dell'art. 1, comma 4, della L. 12 marzo 1999, n. 68 (2). D.P.C.M. 2000 < <http://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/guido/11/3606.pdf> >
35. *Regolamento interno per il funzionamento delle commissioni mediche per l'accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordomutismo, handicap e disabilità, nel rispetto dei principi di eticità, trasparenza, imparzialità efficienza e buon andamento dell'attività amministrativa*. < <https://www.sanita.puglia.it/documents/36031/139539/Regolamento+per+il+funzionamento+delle+Commissioni+Mediche+per+l%27accertamento+degli+stati+di+invalidità+civile%2C+cecità%2C+sordomutismo%2C+handicap+e+disabilità/372b734e-c625-4153-8ea8-2049ae628a2c> >
36. *Linee di indirizzo per la definizione delle attività dell' Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D)*. Regione di Veneto. ALLEGATO A alla Dgr n. 4588. 2007 < https://www.alzheimer-riese.it/images/stories/files/UVMD_Definizione.pdf >
37. *I Centri per l'Impiego*. Статия. 2018 < <http://www.informagiovaniroma.it/lavoro-e-impresa/opportunita/servizi-per-l-orientamento-e-la-ricerca/i-centri-per-l-impiego> >
38. *Articolazione degli uffici*. Информационен бюлетин. INPS. 2018 < <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=45597> >
39. *Come richiedere un sostegno economico per invalidità civile*. Информационен бюлетин. INPS. 2018 < <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=49987> >
40. *Approvazione delle nuove tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti*. MS, MLPS, MEF. 2009 < http://www.malatidireni.it/filesito/CSR/INVALIDITA_CIVILE.pdf >
41. *Linee guida INPS. per l'accertamento degli stati invalidanti*. INPS < https://www.inps.it/docallegati/Informazioni/approfondimenti/pensioni/prestazioniassistenziali/providenzeeconomicheinfavoredeiminoraticivili/Documents/Linee_Guida_INPS_Accertamenti_Stati_invalidanti.pdf >
42. N. Secci. *Elenco malattie diritto 104*. Статия. 2017 < https://www.laleggepertutti.it/156786_elenco-malattie-diritto-104 >
43. Презентация на Maria Grazia Benedetti, SC Medicina Fisica e Riabilitativa Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna. *Le scale di valutazione in riabilitazione - Salute Emilia-Romagna*. 2017 < https://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/formazione-allutilizzo-delle-scale-in-ambito-riabilitativo-per-la-compilazione-della-scheda-di-dimissione-ospedaliera-sdo-2013-anno-2017/le-scale-di-valutazione-in-riabilitazione-maria-grazia-benedetti/at_download/file/5%20Benedetti_.pdf >
44. *Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima*. Serie generale - n. 280 ALLEGATO 1: GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA. 2016 < <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/11/30/280/sg/pdf> >
45. Регламентирани образци на администрацията на Заявление и медицинско свидетелство. 2010 < <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/image.aspx?ilDModulo=1999&tipomodulo=1> >; < <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/image.aspx?ilDModulo=1619&tipomodulo=1> >

46. C. Giacobini. *Il verbale di invalidità*. < <http://www.handylex.org/schede/verbale.shtml>>
47. Gussago. *Disabilità intellettive: Definizione, Classificazione e Sistemi di Sostegno* (11a edizione). Vannini Editoria Scientifica < <https://www.amicodi.org/ricerca-scientifica/pubblicazioni/57-la-sis-una-nuova-scala-di-valutazione-per-la-disabilita> >
48. F. Angeli. *Libro bianco sull'invalidità civile in Italia. Uno studio nelle Regioni del Nord e del Centro: Uno studio nelle Regioni del Nord e del Centro*. 2008. Откъс < <https://books.google.bg/books?isbn=8846494709> >
49. *Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Disabili*. Regione di Veneto. 2012. < <http://www.ulss12.ve.it/docs/file/modulistica/SVAMDI.pdf> >
50. *Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.Va.M.di. Campania*. DGR 324. 2012 < <http://regione.campania.it/giunta-digitale/index.php?f=viewAtto&n=1668> >
51. M. Buffoni. *Messa a punto di protocolli di valutazione della disabilità basati sul modello biopsicosociale e la struttura descrittiva della Classificazione Internazionale del funzionamento Disabilità e Salute (ICF)*, Pg. 521. Докторска теза. 2011 < paduaresearch.cab.unipd.it/3549/1/tesi_dott.pdf >
52. M. Conclave, G. Fusaro, M. Sala, A. Martinuzzi, E. Russo, M. Frare, G. Gorini, M. Leonardi & A. Raggi. *The ICF and Labour Policies Project: The first Italian nation-wide experience of ICF implementation in the labour sector*; RESEARCH PAPER NCBI 2009. Откъс < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19968530> >
53. A.Martinuzzi. G. Gorini. *Le esperienze pratiche dell'ICF in Italia in ambito di inserimento lavorativo mirato*. Research Branch Centro Collaboratore Italiano WHO-FIC & Italia Lavoro SpA. 2008 < www.ddrmk.hu/documents/rehab2008/20081015_2.ppt >
54. *Disabilità e lavoro: un binomio possibile Metodi ed esperienze di progettazione di ambienti e processi di lavoro per lavoratori con limitazioni motorie*. Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus < [http://portale.siva.it/files/doc/library/disabilita%20e%20lavoro%20binomo%20possibile%20\(parte%20prima%20-%20metodologia\).pdf](http://portale.siva.it/files/doc/library/disabilita%20e%20lavoro%20binomo%20possibile%20(parte%20prima%20-%20metodologia).pdf) >
55. *Percorsi per la revisione del sistema di accesso, valutazione e certificazione della condizione di disabilità*. MLPS & OND. 2016 < http://www.osservatoriodisabilita.it/images/conferenza_2016/gruppo1/Gruppo1---PERCORSI- Rev-Grafica_DEF.pdf >
56. *Sistema informativo sui servizi sociali*. Информационен бюлетин. MLPS 2015. < <http://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/default.aspx> >
57. *Specifiche tecniche. Schemi per invio PS - PSA – SINA*. Технически спецификации на информационна система. INPS < <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46419%3b46427%3b&lastMenu=46427&iMenu=1> >
58. *Codice disciplinare e codice di condotta*. Информационен портал на Comune di Città di Castello < https://cdc.etrasparenza.it/pagina766_codice-disciplinare-e-codice-di-condotta.html >
59. *Cooperative sociali: i dati Euricse 2016*. Статия 2016 < http://www.repubblica.it/solidarieta/volontariato/2016/05/13/news/cooperative_sociali_12_miliardi_di_fatturato_i_dati-139730329/?refresh_ce >

Други полезни връзки за Италия

1. www.disability-europe.net - Академичната мрежа на европейските експерти по въпросите на хората с увреждания (ANED)
2. www.lavoro.gov.it/ - страница на Министерството на труда и социалната политика
3. www.repubblica.it/ - страница на държавната администрация
4. www.osservatoriodisabilita.it/ - страница на Национална обсерватория за състоянието на хората с увреждания към МТСП.
5. www.regione.veneto.it - страница на териториалните служби на регион Венето
6. www.inps.it - страница на Националния институт по социално осигуряване
7. www.fishonlus.it - страница на Италианската федерация за преодоляване на хандикап
8. www.aism.it - страница на AISM (Италианска асоциация за множествена склероза)
9. www.vanninieditrice.it - страница на издателска къща Vannini, по въпросите на ХУ