

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An).. Tel. e fax 0731-703327 e mail: grusol@grusol.it - www.grusol.it

Aderiscono: *Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Libera Mente, Ass. Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche.*

Politiche sociali. Le proposte del Comitato associazioni tutela (CAT) per la nuova legislatura

- **Ai presidente della giunta regionale Marche**
- **Ai componenti della giunta regionale**

Il Comitato Associazioni Tutela - costituito da 14 associazioni di volontariato e di utenti delle quali 5 operanti come federazione regionale - formula le seguenti proposte in tema di politiche sociali. Proposte che verranno successivamente più ampiamente dettagliate.

In premessa ci preme sottolineare che se le richieste e le proposte sottoriportate riguarderanno prioritariamente i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, riteniamo fondamentale che le politiche riguardanti la casa, il lavoro, i trasporti, la formazione, nella predisposizione degli interventi tengano prioritariamente conto delle esigenze delle persone più in difficoltà; in questo modo oltre a rispondere in maniera appropriata ad alcune esigenze si ridurrà il ricorso ad interventi di assistenza sociale e sanitaria.

Schematicamente di seguito indicheremo alcune delle priorità riguardanti i servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Per quanto riguarda il **settore sociale** si chiede:

- *l'adozione della legge di riordino del settore in sostituzione della legge regionale 43/1988, fortemente datata e già abrogata in grandissima parte dai provvedimenti emanati nelle ultime legislature; in realtà tale obiettivo rientrava nel programma della precedente legislatura ma purtroppo non vi è stato dato corso. La legge dovrebbe, dare attuazione ad alcune delle indicazioni contenute nella legge quadro sui servizi sociali (328/2000), in particolare alle disposizioni dell'art. 2, comma 3: i soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali; art. 22, al comma 4, nel quale vengono elencate le prestazioni da assicurare all'interno di ogni Ambito Territoriale al fine di realizzare la rete dei servizi essenziali. Ciò al fine di garantire ai soggetti in maggior difficoltà la fruizione di essenziali interventi e servizi. Dunque prevedere l'obbligatorietà di alcuni interventi e servizi (ad es: prestazioni economiche per garantire il minimo vitale alle persone ed ai nuclei familiari non in grado di provvedervi da soli, rete di servizi domiciliari, diurni e residenziali per minori, disabili, ecc...), per tutti coloro che hanno permanente necessità di interventi di assistenza sociale;*

- *la previsione di gestioni associate obbligatorie dei servizi sociali - proprio al fine di assicurare la realizzazione di una rete territoriale di servizi - con il passaggio da un Ambito di coordinamento ad un Ambito di gestione. Ciò potrà così mettere fine alla attuale situazione in*

cui la gestione associata dei servizi, nonostante le indicazioni regionali, mantiene carattere discrezionale determinando nei fatti l'impossibilità di realizzare reti di servizi territoriali; in questo senso la leva del finanziamento può essere determinante al fine di arrivare in tempi rapidi a questo obiettivo;

- di trasferire ai Comuni le residue competenze socio-assistenziali delle Province, in modo da unificare gli interventi e superare le attuali discriminazioni fra minori nati nel e fuori del matrimonio, e fra i ciechi ed i sordi "poveri rieducabili" e gli altri soggetti colpiti dagli stessi handicap o da altre menomazioni;

- di stabilire che le eventuali partecipazioni ai costi dei servizi socio assistenziali siano calcolate dando applicazione del decreto legislativo 130-2000 nel quale si stabilisce che per le prestazioni "erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave di cui all'articolo 3 della legge 104/1992, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle Aziende Unità Sanitarie" verrà presa in considerazione la situazione economica del solo assistito.

- di prevedere la realizzazione, come presenti in altre Regioni, di Uffici di pubblica tutela al fine di informare e supportare le persone che necessitano di protezione giuridica.

Per quanto riguarda gli interventi e servizi **sanitari** e sociosanitari si chiede l'impegno a garantire il diritto alla tutela sanitaria (interventi di prevenzione, cura e riabilitazione) in tutte le fasi della malattia e in particolare per tutte le persone in situazione di grave fragilità: gravissime disabilità, malati di Alzheimer e altre forme di demenze, adulti e anziani malati non autosufficienti, persone con malattia mentale. Si chiede l'impegno - attraverso un percorso partecipato che veda coinvolte anche le organizzazioni di volontariato e degli utenti - a definire, in applicazione della normativa nazionale in tema di integrazione sociosanitaria, quali prestazioni interventi e servizi sono riconducibili all'intera competenza del settore sanitario, quali quelli integrati tra settore sanitario e quello sociale e quali quelli di esclusiva competenza sociale. Per quelli sociosanitari nei quali la competenza finanziaria ricade sia sul settore sociale che su quello sanitario devono essere definite le quote di compartecipazione dei due enti. Ricordiamo che per molte delle strutture previste dalla legge 20/2000 e dalla legge 20/2002 tali aspetti di fondamentale importanza non sono stati stabiliti, determinandosi così una grande incertezza con la conseguente difficoltà nella realizzazione di tali servizi. Tale situazione, solo per fare alcuni esempi riguarda:

- Centri diurni e residenze protette per disabili,
- Centri diurni per anziani non autosufficienti e malati d'Alzheimer (questi ultimi non figurano neanche nella dgr 2200/2000, di determinazione dei requisiti per l'autorizzazione), Rsa anziani;
- Rsa disabili psichici, comunità protette per persone con malattia mentale.

In altre situazioni ci si trova poi in una situazione di incoerenza tra classificazione e funzione: vedi ad esempio case di riposo per anziani non autosufficienti che continuano ad accogliere anziani non autosufficienti, case alloggio per soggetti con disturbi mentali che accolgono malati che necessitano di assistenza sulle 24 ore.

Riteniamo inoltre che anche per i servizi domiciliari (educativi e di aiuto alla persona) - al pari di quelli diurni e residenziali - che riguardano diverse tipologie di utenti (minori, disabili, anziani, ecc..), sia necessario definire le qualifiche professionali e gli standard minimi di erogazione.

Si chiede quindi per tutte le strutture ed i servizi sanitari, socio sanitari e sociali la definizione di standard, tariffe, fabbisogno, compartecipazione economica degli enti. La mancata definizione di questi elementi ha infatti importanti ricadute sulla realizzazione degli interventi e sulla risposta da dare ai bisogni delle persone. Si ricorda al proposito che la definizione delle strutture e dei servizi che sono a completo carico del fondo sanitario o a compartecipazione con quello sociale è competenza della Regione in applicazione dell'Atto di indirizzo sulla integrazione socio sanitaria (dpcm 14.2.2001) e del dpcm 29.11.2001, poi convertito in legge, sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria (allegato 1c).

Riguardo le figure educative (educatore professionale, educatore) operanti nei servizi sanitari, sociosanitari e sociali si chiede di avviare un percorso che determini la fine di un sistema di incredibile confusione che permette di operare nei servizi senza qualifica professionale a tutto danno dei servizi e degli utenti.

Nel 2009 è scaduto il Piano sanitario e con la fine di questo anno scade quello sociale. Riteniamo che i nuovi atti – se si continuerà a volerli fare separati - debbano prevedere una gestione unitaria della parte sociosanitaria così che la programmazione riguardante gli interventi ed i servizi domiciliari, diurni e residenziali trovino unità nella programmazione. Non è infatti accettabile come accaduto nella recente delibera 1789/2009 riguardante il fabbisogno sanitario e sociosanitario che la programmazione riguardi solo una parte dei servizi e non l'intero sistema. Programmazione che deve definire, come ricordato: fabbisogno, standard, tariffe e criteri di compartecipazione tra gli enti. Si ritiene inoltre che a 10 anni dalla definizione dei requisiti della legge 20/2000 e a quasi 5 di quelli sulla 20/2002 debba avviarsi una riflessione riguardo le necessarie integrazioni e modifiche. Ad esempio per quanto riguarda le strutture ed i servizi della legge 20/2000 molti di quelli dell'area sociosanitaria riguardanti disabili, anziani non autosufficienti, psichiatria, non sono assolutamente dettagliati con una genericità che si ripercuote, producendo discrezionalità, sulla qualità dei servizi e dunque sugli utenti. Riguardo invece la legge 20/2002 si ritiene indispensabile apportare alcuni correttivi (ad esempio laddove non è ben chiarito lo standard di personale) in modo da evitare discrezionalità negli standard e nella definizione delle tariffe. Si ritiene inoltre indispensabile che venga sancita l'impossibilità di accorpamenti – al fine di evitare modelli istituzionali - dei servizi in particolare per ciò che riguarda disabilità e salute mentale. Da ultimo si chiede di evitare che nei servizi a titolarità comunale sia lo stesso Comune ad autorizzare i propri servizi. Inoltre diventa indispensabile che la Regione eserciti nei fatti una funzione di vigilanza e controllo rispetto ai requisiti autorizzativi non solo in riferimento agli standard organizzativi e strutturali ma anche riguardo la tipologia di utenza.

Si chiede inoltre più specificatamente:

- al fine di garantire la continuità assistenziale e di assicurare interventi di riabilitazione *l'attivazione dei posti letto ospedalieri di riabilitazione e lungodegenza* (0,7 ogni mille abitanti: così come indicato dalla recente delibera riguardante il fabbisogno sanitario) prevedendo altresì dotazioni minime di posti letto al fine di evitare cambi nella classificazione ma non nella funzione;
- la realizzazione della *Unità Spinale Unipolare (USU)*, per la gestione delle gravi lesioni midollari;
- al fine di prevenire o ritardare il ricorso all'istituzionalizzazione il potenziamento delle *cure domiciliari* con l'effettuazione in tutte le Zone territoriali degli interventi previsti dalle attuali *Linee guida regionali sulle cure domiciliari*. In particolare attraverso l'erogazione (compreso festivi e prefestivi) in tutte le Zone sanitarie delle prestazioni previste (assistenza infermieristica, riabilitativa, assistenza tutelare), compresa quella riguardante *l'assistenza tutelare* fortemente carente in tutto il territorio regionale; in questo senso è necessario al fine della realizzazione degli interventi una assegnazione vincolata dei finanziamenti senza che gli stessi vengano destinati all'assistenza sociosanitaria delle persone non autosufficienti ospiti delle strutture assistenziali per le quali deve essere invece erogata la quota sanitaria spettante all'interno della voce "assistenza residenziale";
- un *sostegno alla domiciliarità attraverso l'erogazione di assegni di cura* con il sostegno economico ai nuclei familiari che si prendono cura di un congiunto non autosufficiente;
- l'istituzione in ogni Zona territoriale di un *Centro diurno* (con apertura di almeno 5 giorni la settimana e per almeno 8 ore al giorno) *rivolto a soggetti con malattia di Alzheimer o altre forme di demenza* in grado di ritardare l'istituzionalizzazione e di sostenere le famiglie nel gravoso compito di assistenza. Sempre riguardo i soggetti con malattia di Alzheimer, si chiede di realizzare i posti letto regionali di "*Nuclei speciali Alzheimer*" definendone il numero e lo standard di assistenza (non ancora stabiliti). Si chiede inoltre la definizione - all'interno dei

posti di residenze protette - di quelli previsti per soggetti con forme di demenza "che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali".

In merito alla *Assistenza residenziale rivolta agli anziani non autosufficienti e soggetti con forme di demenze* si chiede:

- di garantire ai circa 4200-4500 anziani non autosufficienti ospiti delle strutture (RP e Case di Riposo) la garanzia dello standard regionale previsto (100-120 minuti di assistenza) con la ripartizione del costo al 50% - come previsto dai LEA - tra sanità e sociale; è davvero intollerabile che ancora oggi solo al 10% degli anziani non autosufficienti ricoverati venga garantita la quota sanitaria come da normativa vigente.
- il riordino della normativa regionale riguardante le RSA anziani con la definizione dello standard assistenziale delle stesse e chiare indicazioni alle Zone Territoriali per il corretto utilizzo delle strutture. Un aumento della dotazione dei posti rispetto a quanto previsto dalla recente delibera sul fabbisogno sanitario e sociosanitario in quanto i 400 posti in più previsti riguardano sia le RSA che i Centri diurni e sono di gran lunga insufficienti rispetto al bisogno stimato. Va tenuto inoltre conto che la gran parte degli 850 posti di RSA anziani attivati vicariano ancora la funzione di post acuzie, non accogliendo la tipologia di utenza della RSA (malati stabilizzati ad alto impegno sanitario).
- di vigilare affinché gli enti gestori delle strutture richiedano agli utenti compartecipazioni economiche nel rispetto della normativa regionale vigente.

In tema di politiche per la *disabilità* si chiede:

- un riordino ed una riarmonizzazione della normativa regionale attraverso la revisione della legge di settore (l. 18-96 e successive modificazioni) che attualmente ingloba e finanzia interventi di competenza di vari settori (lavoro, servizi sociali e sociosanitari, trasporto, ecc...);
- di definire la dotazione di personale delle UMEE/A - sulla base di un territorio di riferimento - insieme alle modalità operative ed organizzative delle stesse. Irrinviabile inoltre la definizione dei rapporti tra UM delle strutture accreditate e di quelle della Zona territoriale di residenza rispetto alla presa in carico della persone con disabilità;
- il potenziamento del percorso di formazione professionale in particolare attraverso corsi di preparazione al lavoro per persone con disabilità intellettiva che terminato l'obbligo formativo necessitano di ulteriore formazione;
- l'istituzione in ogni Ambito territoriale di un *Servizio di integrazione Lavorativa (SIL)*, con compiti di mediazione tra domanda e offerta di lavoro, indispensabile per la realizzazione del collocamento mirato;
- la definizione della rete territoriale dei servizi socio sanitari domiciliari e diurni rivolti ai soggetti con gravi disabilità con l'obiettivo prioritario del mantenimento al domicilio. In particolare attraverso la previsione obbligatoria della realizzazione del *Servizio di aiuto alla persona* rivolto a soggetti con ridotta autonomia e l'istituzione di *centri socio educativi riabilitativi* (definendone il fabbisogno) per soggetti con grave handicap psicofisico non avviabili al lavoro. Servizi per i quali gli enti locali devono avere certezza di finanziamento regionale;
- un chiaro percorso che miri a rimodulare l'attuale offerta residenziale (sanitaria e socio sanitaria), attraverso una esplicita scelta verso modelli comunitari di piccole dimensioni (comunità socio educative riabilitative) all'interno dei normali contesti abitativi in ogni Ambito territoriale insieme alla ridefinizione delle strutture classificate come RSA disabili e RSR estensive. Il divieto inoltre di accorpamento tra comunità che negherebbe nei fatti sia la piccola dimensione che l'inserimento nei normali contesti abitativi;
- di rivedere la norma che sospende, al compimento dei 65 anni, il finanziamento regionale per alcuni interventi finanziati dalla legge 18; l'allungamento della vita media delle persone, comprese quelle con disabilità richiede di rivedere un approccio basato sul dato anagrafico;
- la fine della sperimentazione con il potenziamento della *Vita Indipendente*;
- la revisione dell'attuale modalità di erogazione (sistema di valutazione) dell'assistenza indiretta - contributo economico per l'assistenza di persone disabili di particolare gravità - attraverso il coinvolgimento dei servizi territoriali dell'Ambito;

- la definizione dei requisiti professionali, come già stabilito per gli operatori dei servizi diurni e residenziali, anche per gli operatori che erogano prestazioni di assistenza educativa in ambito scolastico;
- l'attuazione del "progetto autismo" attraverso, in particolare, la rapida realizzazione della comunità residenziale e dell'ambulatorio per adulti programmati entrambi nella Zona 5 di Jesi
- chiarezza, riguardo la frequenza degli alunni disabili delle scuole superiori, circa la definizione delle competenze tra Comuni e province rispetto "ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazione di svantaggio" (art. 139, d. lgs 112/1998) che determina conflitti di competenza tra Comuni e province rispetto alla assicurazione del trasporto e dell'assistenza alla autonomia e comunicazione.

In tema di politiche per la **salute mentale** si chiede:

- l'impegno a rispettare l'indicazione del 5% della spesa per la salute mentale sulla spesa sanitaria complessiva;
- l'omogeneizzazione sul territorio dei 13 Dipartimenti di salute mentale e l'adeguamento degli standard di personale (1 operatore ogni 1500 abitanti);
- l'adeguamento e la riorganizzazione dei punti ambulatoriali dei Centri di salute mentale con apertura sulle 24 h;
- la definizione degli standard assistenziali delle strutture diurne e residenziali previste dal Progetto Obiettivo salute mentale (POSM), con la garanzia del diritto alla cura anche per soggetti con malattie croniche insieme alla chiara definizione di standard e tariffe delle residenze;
- chiarezza riguardo le strutture classificate ed autorizzate come *RSA disabili psichici*. Strutture che devono essere, come da normativa regionale, a completo carico del Fondo sanitario;
- che nelle Comunità Protette - previste dal PSR e dal POSM - l'eventuale quota sociale a carico dell'utente dovrà prendere in considerazione esclusivamente il reddito personale della persona ricoverata;
- di far cessare l'incoerenza tra classificazione e funzione di molte comunità alloggio per persone con disturbi mentali (legge 20-2002), che prevedono l'accoglienza di persone con buoni livelli di autonomia tanto da non prevedere la definizione di uno standard assistenziale e conseguentemente di una retta;
- il coinvolgimento delle associazioni dei familiari nella realizzazione ed applicazione del POSM.

Da ultimo, ma non meno importante ribadiamo la richiesta di reali percorsi partecipati nella programmazione delle politiche, degli interventi e dei servizi; le organizzazioni di volontariato e degli utenti che si sforzano di rappresentare le esigenze e i diritti delle persone, impegnati in un difficile ruolo di tutela non sono interessate a forme di consultazione confuse o decorative, ma reclamano il diritto, non una concessione, alla partecipazione. Una partecipazione che non può essere decisa dalle istituzioni a seconda delle convenienze contingenti. Pertanto - nella chiara distinzione dei ruoli e delle funzioni - chiedono di veder riconosciuto il loro ruolo attraverso un percorso di confronto e consultazione permanente.

Comitato Associazioni Tutela

Ancona, 5 maggio 2010