

POLITICHE SOCIALI. LE PROPOSTE AI CANDIDATI PRESIDENTI DELLA REGIONE MARCHE

COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA (CAT)*
ANCONA

Riportiamo il documento inviato ai candidati presidenti della regione Marche il 12 marzo 2005 e successivamente presentato in un pubblico incontro a Jesi (AN).

Il Comitato Associazioni Tutela - costituito da 14 associazioni di volontariato e di utenti delle quali 5 operanti come federazione regionale - sottopone ai candidati alla presidenza della regione Marche il seguente documento **richiedendone, se condiviso, la sottoscrizione.**

Successivamente all'insediamento della nuova amministrazione verrà presentata una piattaforma che con maggior dettaglio specificherà le richieste per singoli temi o settori di interventi.

In premessa ci preme sottolineare che se le richieste e le proposte sottoriportate riguarderanno prioritariamente le politiche ed 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.

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

- **l'adozione di una legge di riordino del settore** in sostituzione della legge regionale 43/1988, fortemente datata e già abrogata in grandissima parte dai provvedimenti emanati nell'ultima legislatura; la legge dovrebbe, in particolare, dare attuazione ad alcune delle indicazioni contenute nella legge di riordino nazionale dell'assistenza sociale, l.

328/2000 (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 ha carattere discrezionale determinando nei fatti l'impossibilità di realiz-

* Aderiscono al Comitato le seguenti associazioni: Ass. La meridiana, Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Angsa Marche, Ass. Free Woman, Ass. Libera Mente, Ass. Paraplegici Marche, Centro H, Gruppo Solidarietà, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Ass. La Crisalide. Segreteria: c/o Centro H, Via Mariani 70, 60125 Ancona; tel e fax 0731.703327; grusol@grusol.it; www.grusol.it

zare reti di servizi territoriali;

- **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; assegnare, inoltre, ad alcuni enti gestori delle attività socio-assistenziali le funzioni relative al sostegno delle gestanti e madri in condizioni di disagio individuale, familiare e sociale, compresi gli interventi volti a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati, nonché le prestazioni a favore dei neonati nei primi sessanta giorni di vita;

- 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.

Per quanto riguarda gli interventi e servizi **sanitari** si chiede l'impegno a garantire il diritto alla tutela sanitaria (interventi di prevenzione, cura e riabilitazione) in tutte le fasi della malat-

tia e in particolare per tutte le persone in situazione di grave fragilità: gravissime disabilità, malati di Alzheimer, anziani malati cronici non autosufficienti, persone con malattia mentale. Si chiede l'impegno - attraverso un percorso partecipato che veda coinvolte anche le organizzazioni di rappresentanza 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 dal piano sanitario e dalla legge 20/2002 tali aspetti di fondamentale importanza non sono stati stabiliti, determinando una situazione di forte difficoltà nella realizzazione di tali servizi.

Si chiede inoltre:

- al fine di garantire la continuità assistenziale e di assicurare interventi di riabilitazione - come previsto dalla normativa nazionale e dal Piano sanitario regionale - l'**attivazione dei posti letto ospedalieri di riabilitazione e lungodegenza** (1 ogni mille abitanti: per circa 1400 posti); di non conteggiare all'interno dei posti letto di riabilitazione ospedaliera quelli classificati come "riabilitazione estensiva", che erogano prestazioni riabilitative in alcun modo riconducibili a quelle ospedaliere;
- la realizzazione della **Unità Spinale Unipolare (USU)**, già prevista dal Piano sanitario regio-

Con lei non si può discutere

Un frate, umile servo del Signore, mi ronzava attorno come un grosso calabrone marrone, sibilando di continuo anche lui che bisognava amare la sofferenza, e che io avrei dovuto riuscire a sentirmi contenta della mia disgrazia, perché era un segno del Signore. Un bravo frate, per carità, un brav'uomo. Ma più in là non andava... Finché, per un suo banalissimo mal di testa, si mise ad imprecare: che non lo faceva lavorare, che non se ne andava neanche con la camomilla. Gli chiesi se non era contento anche lui, visto che finalmente soffriva. "Con lei non si può discutere", mi rispose stizzito e andò via

Rosanna Benzi, in *Il Vizio di vivere*, Rusconi, 1984, p. 60-61.

nale (6 p.l. da realizzarsi presso l'Azienda Ospedaliera Umberto I-Torrette di Ancona) per la gestione delle gravi lesioni midollari;

- al fine di prevenire o ritardare il ricorso all'istituzionalizzazione il potenziamento delle **cure domiciliari** così come indicato dallo stesso Piano sanitario 2003-2006 con l'effettuazione in tutte le Zone territoriali degli interventi previsti dalle 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, ...), compresa quella riguardante il servizio di igiene alla persona fortemente carente in tutto il territorio regionale. Il fondo ADI non deve essere utilizzato per le spese per operatori sanitari all'interno delle strutture sociali e sociosanitarie che ospitano soggetti non autosufficienti. Tali spese devono ricadere all'interno della voce "assistenza residenziale";

- 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 (il PSR li ricomprende all'interno dei 1320 posti letto di RSA anziani) e di definire gli standard di assistenza (non ancora stabiliti). Si chiede inoltre la definizione - all'interno dei 2500 posti di residenze protette previsti dal piano sanitario 2003-2006 - 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** si chiede (1):

- il rispetto delle indicazioni contenute nel PSR 2003-06 con la realizzazione dei 3820 posti previsti di Residenze Protette (RP) e Residenze sanitarie Assistenziali (RSA) entro il 2006, con l'impegno di assicurare entro il 2007 a tutti gli anziani non autosufficienti ospiti di strutture assistenziali - che hanno i requisiti per essere accolti in strutture protette (oltre 1000) - gli standard assistenziali delle residen-

ze protette.

- 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 - evitando subdoli cambi di funzioni - spesso utilizzate in sostituzione dei posti letto di lungodegenza ospedaliera.

Sul numero complessivo dei posti letto si segnala che il numero previsto - e assai lontano dalla realizzazione - nel PSR (3820) è ben lontano dalla stima di fabbisogno (oltre 6000 posti, 2% popolazione ultrasessantacinquenne) presente nel Progetto Obiettivo Anziani. Nel ricordare che ad oggi - nel territorio regionale - non sono più di 800-1000 i posti letto (RP+RSA) attivati si chiede l'impegno prioritario dell'amministrazione regionale a rispondere alle esigenze di cura e assistenza di queste persone arrivando alla copertura dell'effettivo fabbisogno di assistenza residenziale.

Si chiede inoltre l'impegno a rispettare la data del 31 dicembre 2005 fissata come termine ultimo - per le strutture già operanti - per la richiesta di autorizzazione al funzionamento ai sensi della legge 20/2002 e del Regolamento attuativo 1/2004. Considerato che i termini sono stati già prorogati di 1 anno e mezzo ogni ulteriore slittamento non potrebbe che essere letto come una sostanziale autorizzazione al non adeguamento (che ha forti ripercussioni sulla qualità degli interventi) ed una conseguente scarsa attenzione ai bisogni e alle esigenze degli utenti di questi servizi.

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...);
- lo sviluppo di intese con le Amministrazioni scolastiche per l'integrazione tra i percorsi scolastici e quelli relativi alla formazione professionale;
- il potenziamento del percorso di formazione professionale in particolare attraverso corsi di preparazione al lavoro per persone con handicap intellettuale che terminato l'obbligo formativo necessitano di ulteriore formazione;
- l'attivazione di corsi di aggiornamento degli

- operatori addetti ai servizi preposti all'inserimento lavorativo di persone con handicap (tutor e operatori della mediazione);
- 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 costruzione di un percorso di coprogettazione e concertazione tra imprenditori, centri per l'impiego, sindacati, cooperazione sociale e associazioni dei disabili per una completa, corretta e concreta attuazione della legge 68/99;
- la definizione della rete territoriale dei servizi socio sanitari domiciliari e diurni rivolti ai soggetti con gravi disabilità con l'obiettivo prioritario del mantenimento della persona disabile al proprio 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* (almeno 1 ogni 30.000-40.000 abitanti) per soggetti con grave handicap psicofisico non avviabili al lavoro;
- l'avvio della sperimentazione - già deliberata nel 2004 - di progetti di *Vita Indipendente*, attraverso forme di autogestione dell'assistenza, rivolti a soggetti con disabilità motoria;
- un chiaro percorso che miri a rimodulare l'attuale offerta residenziale (sanitaria e socio sanitaria), con una esplicita scelta verso modelli familiari attraverso la realizzazione di piccole comunità residenziali (comunità socio educative riabilitative) all'interno dei normali contesti abitativi in ogni Ambito territoriale (o almeno una ogni 30-40.000 abitanti) e la ridefinizione delle strutture classificate come RSA disabili. Il divieto inoltre di ogni accorpamento tra strutture che negherebbe nei fatti sia la piccola dimensione che l'inserimento nei normali contesti abitativi;
- 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 domiciliare;
- La revisione del progetto del CRRDH, Centro regionale ricerca documentazione handicap, con il coinvolgimento di tutte le realtà che operano con continuità nei territori sul versante promozionale, della documenta-

No allo stravolgimento della Costituzione

Io sono contro questa riforma perché è uno stravolgimento della Costituzione italiana. La nostra Costituzione ha messo in piedi uno Stato che è una repubblica democratica parlamentare. E' parlamentare perché democrazia è governo di popolo. Il Parlamento, quindi, può mandare a casa il Governo e comunque lo segue nella sua strada, per criticarlo, per commentarne l'operato, per appoggiarlo. Questo rapporto oggi è ammazzato, perché il Presidente, che sceglie i ministri, si presenta in Parlamento e presenta un programma ma il Parlamento non può dargli un voto di fiducia o sfiducia. Allora si scardina l'impostazione di fondo del rapporto Parlamento/Governo. Poi dovrebbe esserci un capo dello Stato che sia garante e abbia dei poteri. Quello più forte è lo scioglimento del Parlamento. Di colpo, questo potere passa al Primo Ministro. Attenzione, non passa nemmeno al Governo, ma al Primo Ministro. Lo scioglimento avviene per decreto del capo dello Stato, ma è una forma farisaica, perché il Primo Ministro ne è l'esclusivo responsabile. Quindi è un dictat. Il Capo dello Stato firma come potrebbe firmare un commesso, una marionetta: sotto dittatura. Se questo diventa Carta Costituzionale, i cittadini che vanno a votare scelgono delle persone che non sono libere e che hanno la spada di Damocle del capo dell'Esecutivo, che non è nemmeno più legato al Parlamento. Sessant'anni fa c'era la dittatura. Sessant'anni nella vita di un popolo sono nulla. Si è già dimenticato che cosa è avvenuto con uno che aveva tutti i poteri? Dico solo, teniamoci pronti ad andare al referendum e a preoccuparci che il voto sia consapevole e quindi davvero responsabile.

Oscar Luigi Scalfaro, in "Mosaico di Pace", n. 3/2005

- zione, della informazione e della ricerca;
- la continuazione e lo sviluppo del "Progetto Autismo Marche" proseguendo la stretta collaborazione con le associazioni delle famiglie;
- la revisione della legge regionale 24/1985 (Interventi a sostegno delle associazioni), che preveda partecipazione, coinvolgimento e sostegno di tutte le realtà associative - ad ogni livello - che operano a livello territoriale a tutela delle persone con disabilità, prendendo atto dell'irreversibile mutamento avvenuto in questi 20 anni delle forme di rappresentanza e tutela delle persone disabili

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;
- 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;
- l'emanazione di un atto che chiarisca inequivocabilmente il significato delle strutture classificate ed autorizzate come *RSA disabili psichici*. Strutture - così come da normativa regionale - che devono essere a completo carico del Fondo sanitario;

- che nelle Residenze 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;
- il potenziamento e sviluppo del Servizio Sollevio;
- il coinvolgimento delle associazioni dei familiari nella realizzazione ed applicazione del POSM.
- l'applicazione della legge 68/1999 e della recente normativa regionale sul lavoro (l.r. 2/2005)
- la realizzazione della Prima Conferenza regionale sulla salute mentale in collaborazione con le associazioni dei familiari

PER UNA PARTECIPAZIONE EFFETTIVA

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 - come ben sottolinea il recente documento della Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH) - a "forme di consultazione confuse o peggio relegate a funzione decorativa", 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.

(1) Riportiamo a completamento la lettera inviata dal Comitato Associazioni Tutela lo scorso 11 aprile 2005 alla Regione Marche, alle segreterie regionali di CGIL-CISL e UIL e all'ANCI regionale sulle problematiche riguardanti i criteri tariffari delle Residenze sanitarie assistenziali e sul funzionamento delle Unità Valutative Distrettuali anche a seguito dell'Accordo regionale sull'autosufficienza (cfr. Appunti sulle politiche sociali n. 1-2005, p. 23).

"In merito alla delibera in oggetto, riguardo i nuovi criteri tariffari riguardanti le RSA si fa presente quanto segue:

- si ribadisce la necessità di emanare apposite Linee Guida nelle quali giungere ad una armonizzazione della attuale legislazione (oggi inserita in diversi atti normativi: DGR 3240/92, l.r. 36/95, PSR 2003-06, DGR 2200/00, DGR 323/05). Armonizzazione che non può prescindere dalla definizione dello standard assistenziale presente in maniera contraddittoria nelle prime due norme citate. Ogni struttura mantiene un proprio standard assistenziale. Le attuali strutture

classificate come RSA anziani prevedono oggi tariffe diverse (costo degenza, costo alberghiero, periodo degenza gratuita) e utenza differenziata. Si vedano ad es. quelle derivanti dalla disattivazione ospedaliera del 1992 dalle altre.

- Nella delibera in oggetto si ridisegna la modalità di partecipazione economica dell'assistito senza ridefinire i percorsi; si prevede un automatismo che come tale rischia di essere rigido, prefissato ed iniquo. Nessun riferimento viene fatto alle condizioni di salute del soggetto ricoverato. Sono i soli giorni di degenza o la presenza di posti di lungodegenza in una determinata zona che determinano le modalità della compartecipazione. Non le condizioni cliniche e la non autosufficienza. Ci si può trovare in una Zona con posti di lungodegenza e inviare in RSA un malato con requisiti da lungodegenza. C'è poi da chiarire il significato della "disponibilità dei posti di lungodegenza" (quelli "che ci sono", quelli "che dovrebbero esserci", ...). Si può anche inviare in RSA malati con requisiti da riabilitazione ospedaliera o extraospedaliera intensiva. In quest'ultimo caso, la normativa prevede che si può arrivare fino a 120 giorni di degenza a completo carico del Fondo sanitario.

- Per parte nostra, si potrebbe anche dal primo giorno di degenza far pagare la quota alberghiera a patto che la persona ricoverata sia effettivamente valutata "non autosufficiente, non curabile a domicilio, stabilizzata". Condizioni queste che non ricorrono quasi mai nei ricoveri in RSA; In queste condizioni dalla RSA, in genere, si viene fatti uscire.

- C'è poi da spiegare e da chiarire di quali servizi ha diritto l'utente che paga la quota alberghiera. Ad oggi si configura sostanzialmente come un ticket sulla degenza (di fatto ospedaliera). L'utente ha invece il diritto di conoscere i servizi che sono ricompresi in tale quota (lavanderia, stireria, ecc...) e quelli che non lo sono. Così come ha diritto di essere informato previamente al ricovero sulla appropriatezza dei percorsi (ad esempio: riabilitazione ospedaliera ed extra ospedaliera, lungodegenza). Va ricordato che nel caso ricorressero le condizioni per l'inserimento in detti regimi, l'utente ricoverato in RSA verrebbe a fruire di un servizio di livello inferiore di quello cui avrebbe diritto e con scatto della quota alberghiera in quarantacinquesima giornata di degenza.

Di quale flessibilità c'è bisogno?

Di flessibilità si parla troppo: come sempre accade si parla soprattutto delle cose che mancano. Perché nel suo significato più autentico la flessibilità è qualcosa di estremamente positivo: La flessibilità è infatti la capacità di cambiare, di modificarsi, di innovare: in tutta Europa e in tutto il mondo le organizzazioni per sopravvivere devono adattarsi alle trasformazioni continue e imprevedibili dell'ambiente e dei mercati. Le migliori anticipano queste trasformazioni, la maggior parte reagisce adattandosi ad esse, le peggiori non riescono ad adattarsi e concludono il proprio ciclo vitale: vengono smembrate, inglobate, oppure falliscono, scompaiono. Ma la vera questione non è se c'è bisogno di flessibilità: certamente c'è bisogno di flessibilità! Piuttosto la questione è: di quale flessibilità c'è bisogno?

La vera flessibilità, quella che consente di evolvere, è una flessibilità di prodotti, di processi, di competenze. Ciò che sta accadendo è che le organizzazioni che non riescono a creare le condizioni per l'emergere di questo tipo di flessibilità si concentrano su un altro tipo di flessibilità, quella dell'organizzazione e dell'occupazione, che riduce i costi indiretti del lavoro. E' un tipo di flessibilità che senza la prima non ha senso, non risolve i problemi reali dell'organizzazione, o al massimo li riduce nel brevissimo termine, due anni, tre anni, cinque anni, dopo di che l'organizzazione che non ha costruito la vera flessibilità, quella dei prodotti, dei processi e delle competenze, si ritrova con i vecchi problemi. Anzi ha un problema in più: la sua forza lavoro, le sue risorse umane per dirla con termine politicamente corretto, è impoverita: qualcuno è stato licenziato, qualcun altro se n'è andato, chi è rimasto è demotivato.

Francesco Novara, in "Animazione sociale", n. 1/2005

- Porre la questione dei criteri e della appropriatezza richiama il ruolo e la modalità di funzionamento delle Unità Valutative Distrettuali che hanno la responsabilità della valutazione e della definizione dei percorsi assistenziali (vedi, da ultimo, anche le indicazioni contenute nel P.O. Anziani). La UVD - riteniamo - dovrà valutare (sulla base di precisi criteri) quali sono i regimi più appropriati ai bisogni dell'assistito e non prevedere l'inserimento - come purtroppo spesso accade - presso le strutture, ancorché inappropriate presenti.

E' però necessario che si rispetti le indicazioni della normativa vigente. *"Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso"*. Risulta evidente che per esercitare questa funzione le UVD non possono esercitare una mera funzione amministrativa.

In questo senso continua a non essere chiaro il significato della valutazione attraverso il sistema RUG. Essa sembra sempre più assumere una valenza statistica e non essere concepito come strumento per la definizione dei percorsi assistenziali. Non si capisce infatti in base a quali criteri soggetti con valutazione RUG ad es. da RSA anziani o addirittura da Comi persistenti possano essere inviati in Residenze protette o in Case di Riposo.

In considerazione di quanto esposto, in attesa di meglio definire questi aspetti per i quali chiediamo di essere ascoltati, si chiede di sospendere l'applicazione della parte della delibera in oggetto".



Abbonamenti 2005

Anche per il 2005 il prezzo di abbonamento rimane fisso a **17,00 Euro**

Chiediamo a chi può di sottoscrivere un **abbonamento sostenitore di 35.00 Euro**

Ai sottoscrittori verrà inviato in omaggio (da specificare nella causale) **5 libri a scelta**, tra i seguenti:

- AA.VV., **Immigrazione: uno sviluppo da rivedere, una solidarietà da riscoprire**, p. 128,
- AA.VV., **Handicap tra bisogni e risposte**, p. 128,
- AA.VV., **Organizzazione dei servizi sociali: condizioni e strumenti**, p. 112,
- AA.VV., **Handicap intellettuale grave e servizi: quali risposte dopo la scuola dell'obbligo?**, p. 112,
- AA.VV., **Lavoro un diritto di tutti: anche delle persone handicappate**, p. 112,
- AA.VV., **Handicap e scuola: l'integrazione possibile**, p. 128,
- AA.VV., **Curare e prendersi cura: la priorità delle cure domiciliari**, p. 96,
- AA.VV., **Dove va il volontariato?** p. 96,
- AA.VV., **Handicap, servizi qualità della vita?** p. 96,
- AA.VV., **Handicap grave, autonomia e vita indipendente**, p. 96,

Intestato a: Gruppo Solidarietà, Via Calcinaro 15, 60031 Castelplanio (AN), ccp 10878601.
Per chi sceglie il bonifico bancario: Banca Popolare di Ancona, filiale di Moie di Maiolati ccb18/000581, CAB 37390 ABI 05308. Intestato a Gruppo Solidarietà (ricordarsi di inviare l'indirizzo).