

PIATTAFORMA DI RICHIESTE E PROPOSTE PER LA GIUNTA REGIONALE DEL PIEMONTE

Il Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, opera ininterrottamente dal 1970. Al Csa aderiscono oltre venti organizzazioni di volontariato, impegnate nella tutela dei diritti delle persone non in grado di difendersi autonomamente: minori con nuclei familiari in difficoltà, persone con handicap intellettuale, anziani cronici non autosufficienti.

In occasione del rinnovo dell'Amministrazione regionale, è consuetudine, da parte delle associazioni aderenti al Csa, presentare una piattaforma contenente le richieste e le proposte che, nel corso del mandato della Giunta della Regione Piemonte, oggi presieduta dall'On. Roberto Cota, saranno oggetto del confronto con gli Assessorati di riferimento.

Alla Giunta, nel suo insieme, si chiede in primo luogo di:

- operare per la prevenzione del bisogno assistenziale dei cittadini non in grado di difendersi a causa della loro condizione sociale (minori) o perché non autonomi (persone in situazione di handicap intellettuale) o perché malati non autosufficienti (anziani) a causa di gravi patologie croniche invalidanti; al riguardo la richiesta è che la Giunta impegni ciascun Assessorato (sanità, istruzione, formazione professionale, lavoro, casa, trasporti, tempo libero, sport e cultura) a destinare risorse e personale, affinché sia assicurato ai cittadini di cui sopra il diritto all'accesso a tutti i servizi sociali, al pari degli altri cittadini;
- garantire le prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea, Livelli essenziali di assistenza, e quelle socio-assistenziali individuate dalla legge regionale 1/2004 (articoli 18, 22, 35). Si ricorda che il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e il successivo articolo 54 della legge 289/2002 hanno riconosciuto il diritto esigibile alle prestazioni domiciliari residenziali degli anziani cronici non autosufficienti, dei malati di Alzheimer, delle persone con altre forme di demenza senile e dei soggetti con handicap intellettuale e limitata o nulla autonomia; per questi ultimi hanno altresì riconosciuto il diritto esigibile alle attività semiresidenziali (centri diurni). La legge regionale del Piemonte 1/2004 con riferimento alle "Funzioni delle Aziende sanitarie locali" nell'articolo 7, comma 1, precisa che dette Aziende «assicurano, secondo la normativa vigente e secondo le modalità individuate nei piani attuativi aziendali, nei programmi delle attività territoriali e nei piani di zona, le attività sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sociali a rilievo sanitario di competenza dei Comuni». L'articolo 9, comma 5, della stessa legge regionale assegna alla competenza degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali «le attività sociali a rilievo sanitario» con l'obbligo di garantirne «l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle Asl». Ne consegue che la Regione è obbligata a predisporre i relativi servizi e non può limitarli sulla base di asserite carenze economiche;
- destinare prioritariamente i finanziamenti alle attività che incidono direttamente sulla sopravvivenza delle persone non autosufficienti, come richiesto al primo punto della 2^a petizione popolare a cui il Csa aderisce. Si chiede che, nell'attribuzione dei finanziamenti relativi agli investimenti e alla gestione, venga riconosciuta l'assoluta priorità delle attività che incidono sulla sopravvivenza delle persone non autosufficienti a causa di malattie o di handicap invalidanti o in gravi condizioni di disagio socio-economico, specie se con minori a carico. E' inaccettabile l'attuale utilizzo improprio dei fondi pubblici a fronte delle gravi carenze che si registrano nei riguardi dei cittadini piemontesi non autosufficienti (citiamo

a titolo di esempio gli 8mila anziani malati cronici non autosufficienti in lista d'attesa anche da più di due anni per un posto letto in una struttura di ricovero convenzionata). Al riguardo si veda anche la "Seconda rassegna degli sprechi e delle spese per attività non indispensabili", supplemento al n. 3-4, 2010 di *Controcittà*.

Richieste e proposte per i singoli Assessorati

ISTRUZIONE

- Assicurare le risorse necessarie per garantire gli interventi di assistenza educativa specialistica per gli allievi con handicap in situazione di gravità, che la legge regionale 28/2007 attribuisce ai Comuni ed alle Province;
- garantire il diritto di apprendimento ovvero che i finanziamenti regionali siano diretti prioritariamente (o comunque in misura non inferiore al 50 per cento) al soddisfacimento di quanto previsto dalla legge regionale 28/2007 in particolare per l'assistenza scolastica, compresi trasporto e mensa; prevenzione e recupero dell'abbandono scolastico; dotazioni librerie per allievi provenienti da famiglie in condizioni economiche disagiate; interventi per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap o con esigenze educative speciali; interventi per gli allievi ricoverati; scuole situate in aree territorialmente disagiate;
- intervenire con finanziamenti adeguati per la messa in sicurezza e l'eliminazione delle barriere architettoniche degli edifici scolastici pubblici;
- assumere le funzioni in materia di asili nido, oggi impropriamente svolte dall'assessorato regionale all'assistenza;
- promuovere la diffusione capillare (1 almeno in ogni Asl) del servizio di consulenza educativa secondo il valido modello istituito da anni dal Comune di Torino, Assessorato ai servizi educativi. Il servizio svolge l'importante ruolo di presa in carico del nucleo familiare a cui nasce un bambino con handicap. Il personale (trattasi di insegnanti delle scuole materne) accompagna i genitori nel compito difficile di comprensione delle esigenze del figlio svolge un ruolo importante di orientamento ai servizi sanitari e di sostegno per l'inserimento al nido e alla scuola materna ed elementare. E' una iniziativa che riduce i ricoveri praticamente a zero.

FORMAZIONE PROFESSIONALE

- Proseguire l'esperienza positiva dei corsi prelaborativi rivolti a giovani con handicap intellettuale in possesso di capacità lavorative, che non sono in grado di frequentare con profitto i normali corsi di formazione professionale, anche con sostegni;
- potenziare i corsi Fal (Formazione al lavoro) indispensabili per i giovani con handicap fisico e/o intellettuale con limitata autonomia non ancora immediatamente occupabili. Al riguardo è indispensabile assicurare il collegamento delle attività formative alle attività dei Centri provinciali per l'impiego, perché i tirocini siano effettuati nelle aziende soggette all'obbligo di assunzione ai sensi della legge 68/1999;
- assicurare in tempo utile l'approvazione dei corsi di formazione professionale regionale – compresi i corsi prelaborativi e i corsi Fal – perché le famiglie siano messe in condizione di poter scegliere la strada della formazione professionale già nel mese di gennaio, al momento delle preiscrizioni;
- garantire le risorse indispensabili alle attività di orientamento, che devono riguardare anche gli allievi con handicap intellettivi, al fine di evitare percorsi scolastici non idonei.

LAVORO

- Predisporre un piano di intervento straordinario per avviare al lavoro i soggetti in situazione di handicap con maggiori difficoltà (persone con handicap fisico e intellettuale con limitata autonomia) nel rispetto delle priorità stabilite dalla legge regionale 34/2008. Il piano di intervento straordinario dovrebbe riguardare le persone con handicap intellettuale, in possesso di capacità lavorative; di età compresa tra i 25 e i 35 anni, che abbiano frequentato corsi prelaborativi o corsi Fal comprensivi di tirocini in aziende, a reddito zero, in quanto privi della pensione di invalidità e di beni mobili e immobili, con almeno 10 anni di iscrizione al

collocamento mirato. Nel 2008 (ultimi dati disponibili)¹ gli iscritti al collocamento al lavoro mirato avviati al lavoro erano 2523 di cui solo 348 persone con handicap intellettuale o malati psichiatrici (il dato purtroppo non è incorporato). Il piano di intervento straordinario ha lo scopo di evitare che, a causa della mancanza del lavoro, le famiglie chiedano interventi assistenziali per i propri figli, con oneri di gran lunga maggiori per la collettività, effetti nefasti per i diretti interessati e spreco delle risorse pubbliche investite nella loro scolarizzazione e formazione professionale

- Promuovere il collocamento al lavoro con la creazione di posti di lavoro:
 - nella pianta organica regionale (almeno il 20% del personale che va in pensione può essere sostituito). Nel protocollo d'intesa siglato il 20 novembre 2009 tra Regione Piemontese e le organizzazioni sindacali è previsto che *«Nel prossimo piano occupazionale 2010-2012 verranno ricomprese – in un contingente numerico da definire – nel rispetto della dotazione organica e dell'osservanza dei vincoli di finanzia pubblica, le procedure di chiamata diretta nominativa prevista dalla legge 68/1999 e dall'articolo 35 del decreto legislativo 165/2001»*;
 - nelle Asl (ampiamente inadempienti alla legge 68/1999) con azioni congiunte con l'Assessorato alla sanità e all'assistenza;
 - con l'attivazione della clausola sociale (legge finanziaria 2008) in base alla quale *«le Direzioni regionali e le Aziende sanitarie regionali destinano alle convenzioni di cui all'articolo 5 della legge 381/1991 e s.m.i e ad altre forme di affidamento con clausole sociali quali l'articolo 52 del decreto legislativo 163/2006m una quota non inferiore all'1,5% del valore degli affidamenti dell'anno per l'acquisto di beni o di servizi. Entro la suddetta percentuale e compatibilmente con il tipo di attività da prestare, le Direzioni regionali e le Aziende sanitarie regionali possono definire una quota di inserimenti di persone con disabilità intellettiva e disabilità fisica con limitata autonomia e malattia mentale»*.

Altre iniziative volte a garantire il collocamento mirato:

- trasferire alle Province piemontesi le risorse indispensabili per assicurare le priorità di intervento nei riguardi dei soggetti con handicap fisico e intellettuale e limitata autonomia, al fine di favorire il loro collocamento al lavoro, così come stabilito dalla legge regionale 34/2008;
- assegnare le risorse necessarie per raggiungere entro il 2015 l'obiettivo dell'assunzione a tempo indeterminato di almeno 1 nuovo operatore in pianta stabile per ogni Centro provinciale per l'impiego al fine di stabilizzare i servizi di inserimento lavorativo;
- monitorare, ai sensi di quanto previsto dalla legge 34/2008, le assunzioni delle persone con maggiori difficoltà e individuare le criticità che hanno impedito la loro assunzione, al fine di apporre i necessari correttivi;
- rivedere la classificazione delle persone in situazione di handicap in uso presso i Centri provinciali per l'impiego e l'Agenzia Piemonte lavoro. E' inaudito che si continui a utilizzare lo stesso codice di riferimento sia per le persone con handicap intellettuale, sia per i cittadini con malattie psichiatriche. Entrambi hanno diritto alle tutele della legge 68/1999, ma nel rispetto dei loro bisogni profondamente diversi. La Corte costituzionale, con la sentenza n. 50 del 1990, aveva già vent'anni fa chiarito questo punto. E' gravissimo che si considerino ancora sotto la definizione "handicap psichico" sia le persone con handicap intellettuale, sia le persone con malattia mentale e non si rispetti, pertanto, quanto previsto dalla legge 68/1999.

TRASPORTI

- Garantire il diritto al trasporto, delle persone in situazione di handicap impossibilitate all'utilizzo dei tradizionali mezzi di trasporto pubblico anche con mezzi pubblici non di linea;
- modificare ed adeguare il Piano regionale dei trasporti, nonché i piani provinciali e dei bacini di trasporto, con particolare riferimento alla istituzione di servizi di trasporto individualizzati per quei soggetti che sono impossibilitati all'uso dei tradizionali mezzi pubblici di trasporto e/o di taxi;
- rendere accessibili e fruibili alle persone con handicap motori i tradizionali mezzi di trasporto pubblico. La concessione di contributi regionali per l'acquisto e il rinnovo dei suddetti mezzi deve essere subordinata e finalizzata all'acquisto di mezzi di trasporto privi di barriere architettoniche;

¹ I dati sono contenuti nella relazione presentata da Angela Migliasso, Assessore al lavoro della Regione Piemonte, al convegno organizzato dall'Utlim, Unione per la tutela degli insufficienti mentali, a Torino il 9 ottobre 2009.

- provvedere ad attivare e finanziare buoni taxi a favore di persone con handicap motorio impossibilitate all'uso dei tradizionali mezzi pubblici di trasporto, con validità su tutto il territorio regionale e per percorsi urbani, suburbani ed extraurbani, con le stesse tariffe pagate dagli altri utenti fruitori dei tradizionali mezzi di trasporto, in relazione allo stesso tipo di percorrenza, nell'attesa dell'immissione in circolazione di mezzi pubblici di trasporto totalmente accessibili;
- istituire apposito capitolo di spesa per la progressiva totale accessibilità delle stazioni e fermate dei mezzi pubblici di trasporto;
- istituire apposito capitolo di spesa per finanziare l'acquisto di e minibus attrezzati e di taxi accessibili che consentano l'incarozzamento di sedie a rotelle;
- riconoscere la validità delle tessere urbane di circolazione rilasciate in ragione dell'invalidità su tutti i percorsi suburbani o extraurbani effettuati anche da autolinee in concessione.

CASA

- Approvazione di disposizioni regionali e costituzione di una Commissione permanente preposta al rispetto di quanto stabilito dalla legge 179/1992, che fissa la percentuale di non oltre il 15% di alloggi di edilizia residenziale abitativa pubblica da destinare a scopi sociali ovvero appartamenti per 2-3 persone o comunità alloggio per soggetti in difficoltà. Dovrebbe essere prevista la destinazione di locali anche per i centri diurni per gli anziani affetti da demenza, per gli adulti con gravissimi problemi intellettivi e per i malati psichiatrici non avviabili al lavoro a causa della loro limitata o nulla autonomia;
- introdurre norme che prevedano che gli alloggi individuali, per 2-3 persone e per comunità siano assegnati evitando concentrazioni di soggetti problematici. Allo scopo potrebbe essere previsto che la destinazione di alloggi a dette persone non deve essere superiore al 10% delle strutture e che in ogni stabile può essere istituita una sola comunità alloggio, con l'esclusione di altre strutture analoghe anche negli edifici confinanti;
- recepire nella legislazione della Regione Piemonte le norme dell'articolo 31 della legge 104/1992 riguardante la concessione di contributi "per la realizzazione con tipologia idonea o per l'adattamento di alloggi di edilizia sovvenzionata e agevolate alle esigenze di assegnatari o acquirenti handicappati ovvero ai nuclei familiari assegnatari di abitazioni assistite da contributo pubblico tra i cui componenti figurano persone handicappate in situazione di gravità o con ridotte o impedito capacità motorie";
- prevedere la sommatoria dei punteggi per l'assegnazione di alloggi a più persone non facenti parte dello stesso nucleo familiare, in particolare soggetti con handicap e anziani soli, in modo da favorire l'aiuto reciproco e di ridurre il fabbisogno degli alloggi da assegnare. Con questa modalità i Signori Piero D. e Roberto T., dopo rispettivamente 25 e 30 anni di ricovero presso il Cottolengo di Torino, hanno avuto un alloggio nel quale convivono da oltre 20 anni.
- verificare periodicamente il possesso dei requisiti da parte degli assegnatari degli appartamenti di edilizia residenziale pubblica e prevedere le procedure per il loro allontanamento quando sono in grado di sostenere il pagamento di affitti nel libero mercato.

CULTURA, SPORT E TEMPO LIBERO

- Inserire percorsi culturali innovativi, che aiutino le persone a crescere culturalmente anche in riferimento a situazione personali di non autosufficienza, conseguente a malattie invalidanti o a incidenti stradali o sul lavoro. Ad esempio con la promozione di iniziative culturali che, anche attraverso momenti di spettacolo o mostre o altre forme artistiche, avvicinino al tema e, nel contempo, forniscano informazioni utili sulle azioni da intraprendere per ottenere i servizi a cui si ha diritto in questi casi: ad esempio un familiare colpito dalla malattia di Alzheimer, la nascita di un bambino con un handicap, specie se intellettuale; la perdita della non autosufficienza a causa di un ictus;
- promozione di attività di volontariato civico d'intesa con le amministrazioni comunali finalizzate all'accompagnamento di giovani con handicap intellettuale nelle attività di sport e tempo libero.

SANITÀ E ASSISTENZA

Definire la non autosufficienza

Si chiede che venga definita la non autosufficienza come segue: «*La persona è riconosciuta non autosufficiente nei casi in cui viene accertata la perdita definitiva dell'autonomia e la persona abbisogna di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e di svolgere attività lavorativa proficua*». La definizione proposta si richiama per la prima parte alla seconda condizione prevista dalla legge 18/1980 (seconda condizione) per il riconoscimento del diritto all'indennità di accompagnamento ed esclude chi è in possesso di capacità lavorative, in quanto beneficia dei progetti previsti dalla normativa vigente per la vita indipendente.

La non autosufficienza può essere causata da patologie o da handicap invalidanti. Nel primo caso la competenza primaria è della sanità, nel secondo può essere assegnata ai servizi sociali nei casi in cui il soggetto non sia malato.

Riconoscere il diritto alle cure socio-sanitarie domiciliari delle persone non autosufficienti

Al fine di promuovere il massimo sviluppo possibile delle prestazioni domiciliari, occorre che la Giunta della Regione Piemonte garantisca le risorse per il riconoscimento del diritto esigibile alle prestazioni domiciliari.

In particolare è indispensabile l'adeguamento alle reali esigenze delle persone (minorenni, adulte e anziane) colpite da patologie o da handicap invalidanti, dei finanziamenti della legge regionale 10/2010, nonché delle delibere della Giunta regionale n. 39/2009 e 56/2010 sulle prestazioni domiciliari,.

In particolare si chiede che ai congiunti e ai soggetti terzi venga riconosciuto il ruolo di volontari intrafamiliari e ad essi venga versato dalle Asl, nella misura del 60% della retta corrisposta alle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) un rimborso forfetario delle spese sostenute per le cure domiciliari, compresi gli oneri derivanti dalle sostituzioni della persona responsabile delle cure domiciliari per le occorrenti incombenze personali e familiari (acquisti, commissioni, ecc.).

Le cure domiciliari sono praticabili ovviamente se non vi siano controindicazioni cliniche o di altra natura per l'interessato.

È altresì necessario che venga attribuito a tutte le Asl il compito di decidere in merito alle prestazioni domiciliari, compresi l'accertamento dell'idoneità degli accuditori (parenti, conviventi, altri) e l'erogazione del contributo (assegno di cura) da parte della sanità, contributo da concedere, come è attualmente previsto, indipendentemente dalle risorse economiche dell'utente. Successivamente alla succitata decisione, la pratica venga inviata dall'Asl al Comune, singolo o associato, per l'eventuale concessione dell'integrazione del contributo ammesso, previa valutazione della situazione economica personale dell'utente.

Assicurare il diritto alle prestazioni socio-assistenziali domiciliari

Si chiede che analoga iniziativa legislativa venga assunta dal Consiglio regionale del Piemonte per favorire la permanenza a casa loro degli adulti e degli anziani non malati ma parzialmente non autosufficienti in condizioni di disagio economico. Il contributo economico o il sostegno assicurato da apposito personale dovrà essere fornito dagli enti gestori delle attività socio-assistenziali.

Introdurre il minimo vitale

Al fine di avviare una concreta iniziativa volta ad eliminare la povertà economica delle persone completamente e definitivamente inabili al lavoro, si propone che il Consiglio regionale del Piemonte approvi una legge diretta ad assicurare il minimo vitale. In via sperimentale potrebbe riguardare inizialmente i cittadini piemontesi che hanno superato gli 80-85 anni ed i cui redditi sono inferiori al minimo vitale e che non posseggono beni mobili e immobili.

L'importo non dovrebbe essere inferiore al livello della povertà assoluta. Si potrebbe assumere come riferimento il parametro previsto dalla Dgr 56/2010 (circa 600 euro mensili più le spese riguardanti l'affitto).

Dopo la sperimentazione dell'iniziativa, l'età potrebbe essere ridotta ai 75 anni ed estesa ai soggetti con handicap gravemente invalidante (100%), che necessitano di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, che ricevono (anno 2010) la miserrima pensione mensile di invalidità di euro 256,67 e un'indennità di accompagnamento di euro 480,47 mensili.

Assicurare il rispetto delle leggi vigenti in materia di compartecipazione degli utenti

Si chiede che la delibera 31-1104 del 30 novembre 2010 venga revocata per quanto concerne la prevista adozione di indirizzi regionali non conformi alle vigenti norme nazionali: articolo 25 della legge 328/2000 e dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000.

Estendere le esenzioni in materia di contributi economici alle persone con meno di 65 anni (es. i malati di Alzheimer)

Si chiede che le positive norme contenute nelle delibere della Giunta regionale 37/2007 e 64/2008, vengano estese agli infraseessantacinquenni non autosufficienti (ad esempio malati di Alzheimer) in possesso della certificazione di handicap in situazione di gravità, attualmente non compresi nelle succitate delibere della Giunta regionale.

Le suddette delibere prevedono l'erogazione di finanziamenti ai Comuni (circa 6 milioni di euro all'anno), affinché non richiedano più contributi economici ai parenti degli ultrasessantacinquenni non autosufficienti e dei soggetti con handicap in situazione di gravità (come peraltro stabilito dalle disposizioni vigenti: articolo 25 della legge 328/2000 e decreti legislativi 109/1998 e 130/2000).

Eliminare la lista d'attesa per un posto letto convenzionato nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e migliorare le prestazioni sanitarie e socio- sanitarie per gli anziani cronici non autosufficienti

Si chiede che siano assunte le occorrenti iniziative per:

- individuare le risorse necessarie per assicurare il pagamento della quota sanitaria agli 8mila cittadini piemontesi affetti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, che sono in lista d'attesa per un posto letto convenzionato. Al riguardo il tribunale di Firenze, sezione lavoro, con sentenza n. 1154 del 16 novembre 2010 ha stabilito che il possesso della condizione di totale non autosufficienza *«rappresenta il presupposto, necessario e sufficiente, per il sorgere di un diritto soggettivo perfetto a fronte del quale la Pubblica amministrazione deve effettuare un accertamento di carattere essenzialmente vincolato sindacabile dal giudice ordinario»*; infatti con la citata sentenza, il giudice ha condannato l'Asl di Firenze all'erogazione della quota sanitaria agli eredi di un anziano non autosufficiente che avevano fatto ricorso;
- assicurare il rispetto della delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 72/2004 (continuità assistenziale) da parte dei Direttori generali delle Aso e delle Asl, nonché dei Direttori sanitari delle Case di cura convenzionate, affinché sia garantita, senza alcuna interruzione, la continuità terapeutica per gli anziani cronici non autosufficienti, nonché per i malati di Alzheimer e sindromi correlate;
- realizzare nelle attuali Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) posti letto di deospedalizzazione protetta, in modo da ridurre in tutta la misura del possibile e nel pieno rispetto delle esigenze curative degli utenti, i ricoveri dei soggetti di cui sopra presso le case di cura private convenzionate (quasi tutte situate in posti difficilmente raggiungibili dai congiunti molto spesso ultraottantenni) e realizzando in tal modo anche consistenti risparmi economici (l'importo delle rette delle case di cura è di quasi due volte superiore a quello delle Rsa). La situazione è particolarmente preoccupante per Torino, dove non ci sono case di cura per gli anziani cronici non autosufficienti;
- portare a compimento il superamento delle Raf (Residenze assistenziali flessibili), adeguandole ai criteri delle Rsa come stabilito dalla Dgr 17/2005;
- abrogare la delibera della Giunta regionale piemontese n. 33/2000 che autorizza il ricovero delle persone malate non autosufficienti nelle strutture per soggetti autonomi;
- monitorare la piena attuazione delle disposizioni contenute nelle Dgr 44/2009 e Dgr 64/2010 in particolare per quanto attiene l'erogazione dei farmaci di fascia C e delle altre prestazioni sanitarie, nonché l'obbligo per i gestori privati di esporre in ogni reparto di degenza o di altra attività di un tabellone indicante per ciascun turno di lavoro la quantità del personale addetto e le relative qualifiche, nonché un altro tabellone contenente gli orari dei medici di medicina generale e del direttore sanitario.

Realizzare i centri diurni per i malati di Alzheimer e sindromi correlate

Sono urgenti interventi nei riguardi delle Asl affinché:

- sia garantita l'entrata in funzione dei circa 650 nuovi posti nei centri diurni previsti dalla delibera della Giunta regionale n. 38/2009 per i malati di Alzheimer e per i soggetti colpiti da altre forme di demenza senile;
- vengano fornite ai parenti che accolgono volontariamente a casa loro i congiunti malati di Alzheimer l'occorrente consulenza e l'indispensabile sostegno;
- sia assicurata la frequenza dei centri diurni per almeno 40 ore settimanali (8 ore al giorno per 5 giorni) e in base ai bisogni dei pazienti e dei loro nuclei familiari.

Si chiede inoltre la modifica della Dgr 38/2009 perché anche le spese della mensa e del trasporto siano assunte totalmente dal Servizio sanitario regionale. Come è precisato nella Dgr 38/2009 il centro diurno ha una valenza terapeutica (non è badanza), che deve essere garantita a tutti i malati. La richiesta di contribuzione, al contrario, può ostacolare l'accesso al centro e, quindi, privare il malato delle cure indispensabili.

Garantire le prestazioni semiresidenziali e residenziali previste dai Lea (articolo 54 della legge 289/2002 e legge regionale del Piemonte 1/2004) alle persone ultradiciottenni con handicap intellettivo

- Incrementare i centri diurni. Si chiede l'istituzione da parte delle Asl e degli enti gestori delle attività socio-assistenziali (Comuni, Consorzi socio-assistenziali, Comunità montane, ecc.) di un numero sufficiente di centri diurni (almeno uno ogni 30mila abitanti), con al massimo 20 posti, per i soggetti adulti con handicap intellettivo grave, impossibilitati a causa delle loro condizioni a svolgere qualsiasi attività lavorativa proficua. Il funzionamento dei centri diurni dovrebbe essere assicurato dagli Enti gestori delle attività socio-assistenziali. Inoltre occorre assicurare agli utenti la frequenza per almeno 40 ore alla settimana (8 ore al giorno per 5 giorni) e garantire le attività rivolte alla conservazione della massima autonomia possibile. La frequenza dei centri diurni deve essere assicurata anche ai soggetti ricoverati presso comunità alloggio o altre strutture residenziali. Le spese relative alla gestione dei centri diurni, comprese quelle concernenti la mensa e il trasporto, devono essere totalmente assunte dagli enti di cui sopra per gli utenti con handicap in situazione di gravità che percepiscono come unica fonte di reddito la sola pensione di invalidità (l'indennità di accompagnamento non costituisce reddito);
- potenziare le comunità alloggio (almeno una ogni 30mila abitanti), con al massimo 8 posti letto più due per le emergenze e i ricoveri di sollievo, per i soggetti con handicap intellettivo in situazione di gravità, che non possono continuare a vivere presso il loro nucleo familiare (d'origine, affidatario, adottivo);
- realizzare gruppi appartamento (massimo 3 utenti) per le persone con handicap con limitata autonomia, in misura di almeno 1 ogni 50mila abitanti e, in misura analoga, convivenze guidate (o servizi per l'autonomia) per due-tre utenti al massimo.

Le convivenze guidate, i gruppi appartamento e le comunità alloggio devono essere inserite nel vivo del contesto sociale con le caratteristiche indicate nella Dgr 42/2002.

Per l'attivazione delle strutture mancanti, la Regione dovrebbe erogare finanziamenti solo agli Enti pubblici, affinché gli stanziamenti destinati a gruppi appartamenti/comunità alloggio o per le case unifamiliari, restino di proprietà dei Comuni, singoli o associati. In questo modo gli Enti locali possono decidere di gestire direttamente la comunità alloggio o di affidarne il funzionamento ad altri enti, ma senza incorrere nel pericolo di sfratti. Conservano inoltre la possibilità di cambiare il gestore privato nei casi di inadeguato trattamento degli utenti, senza dover ricercare un'altra struttura di accoglienza.

Le comunità alloggio di cui sopra sono destinate anche all'accoglienza di soggetti con handicap intellettivo con necessità immediata di ricovero nei casi previsti dagli articoli 154 e 155 del regio decreto 773/1931 nonché dai livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e articolo 54 della legge 289/2002).

Inoltre si richiede la revisione delle Dgr 230/1997 e 38/1992 affinché le Asl e gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali assicurino le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in base al loro effettivo bisogno. In particolare si evidenziano le seguenti urgenze:

- assunzione da parte delle Asl della titolarità delle prestazioni da erogare ai soggetti psicotici;
- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie nelle strutture di ricovero e nei centri diurni, sulla base dell'esperienza positiva realizzata dall'Asl TO2 nella struttura residenziale di Corso Svizzera 140, Torino;
- realizzazione di centri diurni a gestione sanitaria per soggetti affetti da psicosi associata ad insufficienza mentale.

La revisione delle Dgr suddette dovrà mantenere le norme approvate dalla Dgr 51/2003 riguardanti:

- le definizioni approvate per i soggetti privi di sostegno familiare e per i soggetti in situazione di gravità;
- il diritto degli utenti e/o del tutore o dei familiari, di farsi aiutare e/o rappresentare in sede di Uvh (Unità valutativa handicap);
- la stesura del piano di assistenza individualizzato (Pai) predisposto dalle Uvh;
- il diritto degli utenti e/o del tutore o dei familiari di ricorrere contro il parere espresso dall'Uvh.

Dovrà inoltre:

- a) introdurre il riconoscimento del diritto degli utenti (e/o del tutore o dei genitori, ivi compresi quelli affidatari) di farsi aiutare e/o rappresentare da un'associazione di volontariato di loro fiducia in tutto o in parte nei confronti delle Asl e degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali;

- b) estendere alle persone in situazione di handicap intellettuale le tutele introdotte dalla Dgr 44/2009 a favore degli utenti (ad esempio per quanto riguarda l'erogazione dei farmaci di fascia C e altre prestazioni sanitarie, nonché l'obbligo di esposizione dei tabelloni indicanti per ciascun turno di lavoro la quantità del personale addetto e le relative qualifiche, già previste per le strutture che ricoverano gli anziani non autosufficienti dalla Dgr 17/2005);
- c) predisporre uno schema tipo regionale di regolamento, analogo a quanto previsto per gli utenti anziani non autosufficienti dalla Dgr 64/2010, contenente l'individuazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie comprese nella quota sanitaria a carico dell'Asl e in quella alberghiera a carico dell'utente/Comune, nonché l'indicazione di quelle extra, comunque facoltative.

Garantire il diritto di ogni minore a crescere in una famiglia, prioritariamente per quanto possibile in quella di origine

Le iniziative da assumere sono le seguenti:

- garantire gli interventi domiciliari di cui alla delibera regionale 56/2010, con la salvaguardia delle prestazioni eventualmente in essere se più favorevoli;
- proseguire nel sostegno, anche economico, degli affidamenti familiari e delle adozioni difficili di minori italiani e stranieri anche attraverso stanziamenti mirati;
- concludere la sperimentazione degli affidamenti professionali (Dgr 78/2003) nei confronti dei quali si mantengono le riserve già espresse;
- rivedere le norme delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori (Dgr 41/2004) in modo da adeguarle alle loro esigenze;
- realizzare comunità alloggio di tipo familiare (massimo 8 posti letto più 2 di pronto intervento, non accorpate tra loro) in misura di almeno una ogni Asl, a totale carico del Servizio sanitario regionale, per i minori con problemi psichiatrici tali da rendere, anche transitoriamente, sconsigliabile sul piano terapeutico la loro permanenza nel loro nucleo familiare di origine o affidatario o adottivo;
- istituire presso gli ospedali infantili un reparto di neuropsichiatria per il ricovero dei casi di urgenza, al fine di evitare il ricovero di minori nei reparti psichiatrici con gli adulti;
- predisporre un piano per il superamento del ricovero in istituto anche dei minori con problemi sanitari ai sensi dell'articolo 2, comma 4 della legge 184/1983;
- monitorare in modo continuativo i minori ricoverati e quelli in affidamento familiare a scopo educativo;
- incentivare gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali alla messa a punto di progetti finalizzati all'autonomia dei minori (ricoverati o in affidamento familiare) che, diventati maggiorenni, non possono rientrare nella famiglia d'origine;
- assicurare la piena attuazione di quanto disposto dalla legge regionale 16/2006 allo scopo di garantire la necessaria assistenza alle gestanti con gravi difficoltà e la tutela del diritto alla segretezza del parto.

Abolire le strutture ghetto

- Si chiede di sospendere con effetto immediato la realizzazione di Raf (Residenze assistenziali flessibili) destinate al ricovero di utenti con esigenze profondamente diverse e, spesso, non compatibili tra loro (anziani cronici non autosufficienti, minori cerebrolesi, persone dimesse dagli ex ospedali psichiatrici e dalle case di cura, soggetti con handicap intellettuale, ecc.), anche se ricoverati in nuclei da 10 posti letto;
- E' altresì necessario programmare il superamento delle suddette Raf, a partire da quelle situate in zone isolate, e non accreditare più strutture residenziali, se situate in zone isolate.

Intervenire nei riguardi dei Comuni singoli e associati perché sia recepita la legge regionale 1/2004

Finora hanno recepito la legge 1/2004 l'Assemblea consortile del Cisap dei Comuni di Collegno e Grugliasco, il Cidis di Piossasco, il Cissp di Settimo Torinese, il Cis di Ciriè, Inrete di Ivrea e il Cisa di Gassino. E' quindi urgente intervenire perché i Comuni ed i Consorzi inadempienti, che sono la stragrande maggioranza, provvedano al recepimento mediante apposita delibera delle norme della legge regionale 1/2004. Questo atto è indispensabile, affinché siano riconosciuti i diritti esigibili previsti dalla legge: la definizione delle modalità di accesso ai servizi, la possibilità di ricorso nei casi in cui non vengano erogate le prestazioni richieste (articoli 18 e 22) e la definizione dei criteri e dei tempi riguardanti le risorse finanziarie che i Comuni devono assicurare agli Enti gestori delle attività socio-assistenziali (articolo 35).

Approvare norme per il diritto delle persone sole e dei nuclei familiari in difficoltà a farsi rappresentare

Si chiede l'approvazione di una normativa che:

- renda obbligatoria, da parte delle Asl e/o degli enti gestori delle attività socio-assistenziali, la predisposizione di un piano individualizzato di intervento per ciascuna situazione individuata, da redigere per quanto possibile insieme al nucleo familiare interessato al quale deve comunque essere fornita copia, in modo che sia possibile verificarne da parte dell'Asl e/o dell'ente gestore delle attività socio-assistenziali e del nucleo familiare, l'attuazione e le eventuali criticità;
- riconosca il diritto agli utenti o ai nuclei familiari (d'origine o affidatari) di farsi aiutare e/o rappresentare da una organizzazione di volontariato o da un patronato sindacale o da una associazione di promozione sociale di loro scelta in tutto o solo per alcuni rapporti con i servizi delle Asl o degli Enti gestori delle attività socio-assistenziali ed i relativi livelli istituzionali, con l'estensione di quanto già previsto dalla Dgr 51/2003 in relazione ai piani di assistenza individualizzati (Pai) predisposti dalle Uvh (Unità valutative handicap) e Uvg (Unità valutative geriatriche).

Ulteriori modifiche alle procedure per l'accreditamento

La Giunta regionale dovrebbe integrare la Dgr 25/2009, che regola l'accreditamento istituzionale, con le seguenti integrazioni:

- a) obbligo da parte dell'ente gestore privato di fornire mensilmente fotocopia del libro unico del lavoro, dei versamenti contributivi e delle fatture riguardanti gli operatori a rapporto professionale, oltre che le fotocopie delle attestazioni relative al titolo di studio del personale addetto;
- b) stabilire una quota base minima (ad esempio 5-10%) del turnover degli operatori come limite massimo consentito, garantendo una erogazione supplementare della quota sanitaria;
- c) richiedere la continuità educativa in caso di cambio di gestione;
- d) introdurre la valutazione dell'idoneità di tutto il personale che viene a contatto con gli utenti non autosufficienti e non in grado di difendersi. Allo scopo di prevenire maltrattamenti e/o abusi nei confronti degli utenti, tutto il personale operante nelle strutture assistenziali pubbliche e/o convenzionate a diretto contatto con le persone non in grado di difendersi, dovrebbe essere in possesso di una certificazione attestante che non presenta controindicazioni, per le caratteristiche della sua personalità allo svolgimento delle proprie mansioni. Gli Enti gestori dovrebbero individuare un centro scientificamente valido (d'intesa con le organizzazioni sindacali ed i rappresentanti dell'utenza), cui conferire questo incarico;
- e) assicurare l'acquisizione da parte dell'Asl/Ente locale che accredita, di tutti i posti disponibili (dovrebbe essere abrogato l'articolo 29 della legge regionale 1/2004 che pretende la disponibilità dei posti letto, senza assicurare nel contempo la loro copertura totale da parte degli enti pubblici);
- f) introdurre l'obbligo di rapporti scritti tra operatori dei servizi territoriali e il personale responsabile delle strutture di ricovero per quanto concerne gli aspetti più importanti da definire;
- g) mantenere in capo all'ente pubblico almeno il 50% della gestione diretta delle strutture al fine di assicurare il necessario confronto qualità/prezzo delle prestazioni e provvedere a calmierare i costi del settore privato.

Nuove disposizioni in materia di vigilanza

Si chiede al Consiglio regionale di assumere i provvedimenti necessari per adeguare le norme sulla vigilanza delle strutture di ricovero, trasferendone la competenza alle Province (per evitare l'attuale situazione per cui le Asl ed i Comuni controllano il loro operato) e inserendo rappresentanti degli enti locali, delle organizzazioni di volontariato e dei sindacati nelle relative commissioni di controllo.

Uffici di pubblica tutela

In relazione all'istituzione degli uffici di pubblica tutela in capo alle Province, di cui la legge regionale 1/2004, occorrerebbe prevedere – in aggiunta a quanto definito dalla Dgr 23/2006 “Modalità e criteri dell'istituzione dell'Ufficio provinciale di pubblica tutela (...)” – compiti in capo agli stessi uffici per l'esercizio delle funzioni di tutore, curatore, amministrazione di sostegno e amministratore provvisorio, assegnate dall'autorità giudiziaria.

Le Province dovrebbero svolgere le funzioni sopra riportate mediante proprio personale nonché avvalendosi di personale volontario allo scopo formato.

La Regione dovrebbe altresì promuovere il trasferimento dai Comuni alle Province delle tutele, curatele, nonché delle funzioni di amministratore di sostegno provvisorio, al fine di porre termine all'attuale situazione caratterizzata dallo svolgimento contemporaneo da parte dei Comuni delle funzioni di ente gestore e di ente controllore del proprio operato.

PROPOSTE PER RISPARMIARE

1. Approvare la proposta di legge regionale n. 21 “Recupero delle spese sostenute dai servizi sanitari nei confronti dei terzi civilmente responsabili”. In tal modo la regione potrebbe richiedere a coloro che, colpevolmente, hanno procurato lesioni a persone (a seguito di infortuni sul lavoro, malattie professionali, incidenti stradali, risse o per altri motivi) il rimborso degli oneri sostenuti dal Servizio sanitario regionale, per la cura delle persone danneggiate;
2. prevedere il versamento della quota alberghiera ai ricoverati nelle strutture di deospedalizzazione protetta a partire da un termine temporale prestabilito (10-15 giorni?), sulla base delle vigenti norme sulle contribuzioni economiche (articolo 25 della legge 328/2000, decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 e delibere della Giunta regionale n. 37/2007 e 64/2008);
3. puntare sull’istituto della concessione di pubblico servizio, nei casi di carenza di fondi pubblici, per la creazione dei posti letto mancanti per gli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza e per i dementi senili, in base al quale gli oneri per la creazione di strutture socio-sanitarie (comunità alloggio, Rsa) sono interamente assunti dal concessionario, che diluisce i costi sostenuti inserendoli nelle rette per il periodo temporale concordato;
4. garantire nell’ambito delle strutture residenziali Rsa i livelli di intensità delle prestazioni sanitarie occorrenti per curare adeguatamente anche i malati in fase terminale o in coma apallico;
5. accorpate le commissioni Uva e Uvg al fine di evitare sprechi di risorse e ridurre i disagi per gli utenti.

Torino, 27 dicembre 2010