Documento a cura del Centro per l'Autonomia Umbro

Osservazioni in merito al PRINA

Documento Istruttorio

[…]

L'art. 11 della legge regionale n. 9 del 4 giugno 2008 *«Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni»*, al secondo comma, fissa in tre anni la durata del Piano e ne definisce i contenuti:

- i criteri e le modalità per l'accesso alle prestazioni;
- criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui alla presente legge tenendo conto delle condizioni economiche del destinatario della prestazione, prevedendo l'esenzione totale, l'esenzione parziale e la non esenzione;
- i criteri per garantire la gradualità nell'erogazione delle prestazioni, *limitatamente alla fase di progressivo raggiungimento dei* ***livelli essenziali***, in modo proporzionale alle risorse disponibili.

[…]

Contestualmente, con DGR 28 luglio 2008, n. 1062, è stato approvato il "Programma di intervento sulla non autosufficienza per "anno 2008" con l'obiettivo di avviare una fase di sperimentazione consistente nell'attivazione di azioni tese a sviluppare il **sistema integrato**, in particolare in direzione dello sviluppo degli interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare, assegnando a tal fine la somma complessiva di € 4.000.000,00 alle Aziende Sanitarie Locali, con vincolo di destinazione ai Distretti.

[…]

In merito ai correttivi alla proposta di Programma che la parte politica si é dichiarata disponibile ad accogliere e che di seguito si riportano:

- estensione della formazione agli operatori di cooperative sociali anche con i Fondi UE (FSEl);
- affinare il **monitoraggio** prevedendo, in aggiunta ai già contemplati livelli territoriali, un livello su scala regionale che funga da cabina di regia, a partire a quanto affluisce dal territorio;
- estensione ai Patronati della campagna di informazione sulla Legge a favore dei cittadini;
- per quanto riguarda il riparto delle risorse, in aggiunta al parametro della popolazione residente altra 75enne verrà tenuto in considerazione anche il dato dell'invalidità con accompagnamento.

[…]

Commento: A quali Livelli essenziali si fa riferimento? Se sono essenziali, perché sono proporzionali alle risorse disponibili? Si noti che l'inciso evidenziato in corsivo è essenziale per garantire la legittimità dell'affermazione. Per questo motivo deve tassativamente essere rispettato e soprattutto definita in termini temporali la durata di questa «fase».

Commento: Lo sviluppo del sistema integrato è sicuramente un obiettivo strategico. Quello che manca è la definizione dell'obiettivo generale che non può che avere quale elemento centrale la persona.

Commento: Per realizzare il monitoraggio la FISH Umbria ONLUS propone di fare riferimento agli strumenti di Agenda 22 (vedi DGR).

1. Premessa

a) La legge regionale e le finalità del Fondo regionale per la non autosufficienza

Con l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza (di seguito indicato con Fondo), la Regione Umbria intende garantire un maggiore impegno pubblico per le persone disabili, minori e adulti, non autosufficienti e anziani non autosufficienti. Ciò si traduce concretamente sia in un **aumento delle risorse messe in campo**, sia in una progettualità diretta a strutturare un sistema locale di welfare idoneo ad accompagnare e tutelare le persone in condizione di non autosufficienza nell'ambito della rete integrata dei servizi e degli interventi, secondo l'approccio della continuità assistenziale.

Il Fondo pertanto garantisce alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie **prestazioni aggiuntive** rispetto a quelle storicamente erogate, ed in particolare:

- **l'universalità dell'accesso**, garantito attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato, Tale universalità risulta **"temperata" dalla introduzione della compartecipazione** da parte dei cittadini e dalla gradualità con cui verrà garantito l'accesso alle prestazioni del Fondo;
- **l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie**, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;
- **la progettualità personalizzata e partecipata**, con la finalità del mantenimento e del miglioramento delle condizioni di salute e di benessere attraverso prestazioni integrate nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale e familiare;
- l'introduzione di prestazioni aggiuntive e innovative**,** dirette a coprire in modo più esteso ed appropriato i bisogni delle persone disabili, minori, adulti ed anziani non autosufficienti.

b) Gli obiettivi del PRINA

[…]

In particolare attraverso il PRINA la Regione Umbria, intende perseguire i seguenti obiettivi:

- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare e, **laddove sia possibile,** sviluppare un'assistenza personalizzata per lo svolgimento delle attività quotidiane, fornita da un assistente alla persona all'interno di un rapporto autogestito che assume la configurazione di rapporto sociale (art: 39, comma 2, lett.1 *ter),* della legge 104/1992 come modificato dalla legge 162/1998);
- assicurare la continuità tra ospedale e servizi territoriali socio-sanitari e soci-assistenziali attraverso l'attivazione di **percorsi individualizzati** di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia;
- garantire la gestione integrata delle risorse attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di zona che dai Piani Attuativi Territoriali;
- favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale, mediante una regolazione pubblica che ne garantisca la qualificazione**,** fornisca il sostegno pubblico all'incontro tra domanda e offerta, nonché l'accompagnamento nella scelta dell'**assistente familiare**. Ciò anche al fine di assicurare l'inserimento delle risorse dell'assistenza familiare nella rete pubblica di presa in carico e di intervento nei confronti delle persone non autosufficienti e loro famiglie.

Commento: Non viene specificato di quanto sarà l'aumento di tali risorse.

Commento: Ci domandiamo: quali prestazioni e per far cosa? Con quale finalità? **Proponiamo:** che le prestazioni siano aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza. Non riteniamo sufficiente, infatti, che i diritti delle persone con disabilità non autosufficienti possano essere garantiti erogando prestazioni aggiuntive rispetto a quelle già erogate in passato, poiché il termine di confronto deve essere posto non in base alla storicità, ma alla garanzia dei livelli essenziali (vedi nuovi LEA).

Commento: Il punto elenco si riferisce alle prestazioni aggiuntive, tuttavia riteniamo che «l'universalità di accesso» è già prevista da diversi anni; piuttosto, è bene precisare come funzionerà la compartecipazione da parte dei cittadini, distinguendo coloro che nella vita hanno prodotto reddito, da q … [1]

Commento: L'integrazione delle politiche socio-sanitarie non costituisce una novità, né una prestazione aggiuntiva.

Commento: La progettualità personalizzata e partecipata era già prevista dalla Legge n. 104/1992.

Commento: L'inciso «laddove possibile» cosa intende? Se riguarda un vincolo di risorse, ciò è inaccettabile, poiché riteniamo che l'assistenza autogestita debba porsi sullo stesso piano … [2]

Commento: I molteplici «percorsi individualizzati» rischiano di risultare inefficaci, inefficienti e soprattutto non appropriati se non vengono ricondotti e coordinati all'interno del Progetto Individuale.

Commento: Nell'auspicio che la persona con disabilità non autosufficiente possa avere un percorso di vita indipendente (dentro o fuori il nucleo familiare), riteniamo che alla figu … [3]

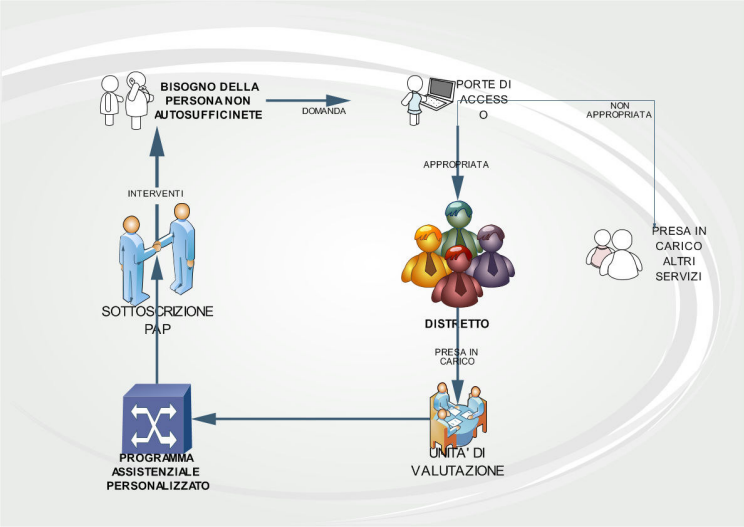
All'interno del PRINA andranno definite anche le azioni di sistema a supporto delle strutture e del processo assistenziale, quali la formazione, la comunicazione sociale, il sistema informativo e la valutazione.

2. Il modello organizzativo

Il modello organizzativo tende a semplificare i percorsi che i cittadini devono compiere per avere accesso agli interventi garantiti dal Fondo, evitando inutili passaggi, assicurando chiarezza nell'iter, certezza nei tempi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni riconosciute nei piani individualizzati.

Il **cittadino, dalla definizione del PAP** fino alla sottoscrizione del Patto di cura e di benessere, viene direttamente chiamato in causa nel definire obiettivi e nel valutare la tipologia di servizi e interventi attivati.

Commento: Il coinvolgimento del cittadino non deve limitarsi alla definizione del PAP, ma deve essere previsto nella costruzione dell'intero Progetto Individuale, dentro al quale si colloca il PAP.



Commento: In merito allo schema riportato, quali porte di accesso potrebbero portare l'utente verso un percorso non appropriato.

a) Il governo dell'accesso

Il modello prescelto, che può essere definito ad accesso multiplo e a percorso unico, assicura l'universalità di accesso e la certezza della prestazione, mediante l'attivazione di **strumenti e modalità organizzative già poste in essere** dalla programmazione socio-sanitaria.

Commento: Forse, anziché di attivazione, visto che sono già posti in essere, si dovrebbe parlare di riorganizzazione dell'esistente.

Il primo elemento di detto impianto é costituito dalla rete diffusa dei punti di accesso di cui fanno parte i Centri di salute e gli Uffici della cittadinanza, come da DGR 21/2005.

I punti si accesso hanno il compito di:

- assicurare un'informazione completa ai cittadini;
- orientare la domanda dei cittadini dopo averne fatto una prima lettura al fine di valutate l'appropriatezza;
- accogliere le domande ed inviare/accompagnare verso la valutazione e la presa incarico;

Le risorse professionali preposte all'accesso sono individuate nelle figure già operanti nei servizi territoriali (sociali e sanitari), professionalmente competenti e addette ad operare l'accoglienza, la prima lettura del bisogno, l'accompagnamento verso il Distretto.

b) La presa in carico della persona non autosufficiente

[…]

L'attivazione di questo complesso percorso (dall'accesso alla valutazione ed alla presa in carico) presuppone che sia strutturato a livello distrettuale un sistema che garantisca:

- una regia organizzativa;
- le risorse professionali dedicate all'attivazione dei nuclei integrati per la valutazione del bisogno (UMV);
- il coordinamento fra i comparti sanitario e sociale e fra gli operatori ad essi afferenti, nelle figure dei responsabili di Distretto e di Ambito territoriale sociale;
- la predisposizione di procedure e di strumentazioni telematiche;
- le **risorse tecnico professionali** adeguate al fine di individuare i responsabili del PAP;
- il coinvolgi mento delle reti sia clinico-terapeutiche e psico-sociali, sia di quelle familiari e solidaristiche.

Commento: Rimane irrisolta la questione relativa alle azioni e alle risorse da mettere in campo per garantire la definizione e realizzazione del Progetto Individuale.

c) La valutazione multiprofessionale ed il Programma assistenziale personalizzato

Il luogo deputato alla valutazione è costituito dall'Unità Multidisciplinare di Valutazione (UMV) alla quale compete la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno delle persone non autosufficienti secondo protocolli valutativi (condivisi da tutte le Aziende USL).

In **attesa della definizione** da parte della Giunta Regionale, attraverso un Atto di indirizzo, dei criteri di composizione di tali Unità e dei criteri di classificazione dei casi sottoposti a **valutazione** (cosi come previsto dall'art. 6 della legge regionale n. 9/2008) opereranno le UMV già esistenti. In un tale quadro e al fine di garantire al meglio il funzionamento di dette Unità i soggetti del comparto sanitario e del comparto sociale, coinvolti nel sistema di valutazione, dovranno garantire quanto segue:

Commento: Ci chiediamo: quando saranno definiti tali criteri e con quali strumenti? Richiediamo la piena partecipazione del portatori di interessi e soprattutto dei titolari dei diritti a cui si vorrebbe dare risposta il PAP.

- Le Aziende USL dovranno garantire le risorse professionali adeguate al **processo di valutazione** ed in particolare dovranno far si che partecipino almeno il medico di medicina generale, il personale dell'area infermieristica e dell'area riabilitativa, oltreché gli specialisti necessari rispetto al caso specifico.
- Gli Ambiti territoriali dovranno assicurare la presenza del personale del settore Assistenza sociale (assistenti sociali e/o educatori) afferente al proprio territorio.

Commento: Le UMV entrano nel processo di valutazione solo in un momento iniziale? Se questo è vero, non hanno il tempo per valutare la complessità dei bisogni di un intero progetto di vita, che può trovare risposte solo nel Progetto Individuale.

La valutazione multidimensionale fornisce indicazioni rispetto all'area cognitivo-comportamentale, clinico-funzionale e socio-ambientale definendo diversi livelli di **gravità ai quali debbono corrispondere "pacchetti" di servizi/prestazioni.**

Commento: la valutazione multidimensionale verrà fatta sulla base della patologia delle persone («modello medico!») e sulla base di livelli di gravità del bisogno?
I livelli di gravità sono l'unico strumento per individuare la tipologia di intervento?
Non condividiamo la semplificazione degli interventi appiattita sull'erogazione standardizzata di "pacchetti" di servizi-prestazioni.

Al fine di realizzare un sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali a sostegno dei soggetti non autosufficienti e delle loro famiglie, **le UMV, effettuano una valutazione multidimensionale finalizzata alla definizione del "programma assistenziale personalizzato"** (PAP), e individuano il responsabile del programma di assistenza (case *manager)* che, sulla base della prevalenza della tipologia dell'intervento, socio-assistenziale o sanitaria, afferisce al comparto amministrativo della Sanità (Aziende USL) o dell'Assistenza sociale dei Comuni dell'Ambito territoriale sociale. Nel PAP vengono definite indicazioni quantitative, temporali e di flessibilità sulla erogazione delle prestazioni, l'allocazione delle risorse professionali, strumentali, tecniche ed economiche necessarie. Il responsabile del programma

Commento: L'UMV predispone il PAP, ma chi definisce
il Progetto Individuale?

segue l'attuazione del PAP in ogni sua fase e ne garantisce gli esiti, divenendo il referente dell'assistito e dei suoi familiari.

d) Il Patto per la cura ed il benessere

Al fine di garantire il pieno soddisfacimento del bisogno valutato, deve essere predisposto concordato e sottoscritto dalla persona non autosufficiente o suo amministratore di sostegno o giudice tutelare, un "**Patto per la cura ed il benessere**" in cui vengono garantite e coordinate le diverse prestazioni integrando i servizi alla persona con eventuali misure economiche e con le eventuali risorse familiari presenti.

Il Patto per quanto concerne i giovani e gli adulti disabili non autosufficienti deve essere coerentemente inserito all'**interno del Progetto individuale** casi come previsto dall'art. 14 della Legge 328/2000.

Le cure ed il sostegno vanno rivolte alla persona non autosufficiente ed in funzione di ciò ai familiari che dichiarano di prendersene cura.

Commento: Il patto non deve garantire la cura, ma la salute e il benessere.

Commento: Se il Patto per la *salute* e il benessere ha la funzione di garantire e coordinare gli interventi, non dovrebbe essere contenuto nel Progetto Individuale, poiché quest'ultimo, chi lo garantisce?
D'altra parte, se il Patto è contenuto dentro il Progetto Individuale, perché la persona con disabilità non autosufficiente lo sottoscrive con il responsabile del PAP e non con quello del Progetto Individuale?

e) Il coordinamento integrato

Al fine di migliorare il livello di integrazione e di monitorare costantemente lo **stato di attuazione del progetto**, a livello territoriale, viene costituito un coordinamento integrato che fa capo alle figure del Direttore di Distretto e del Promotore sociale di Ambito territoriale.

Al coordinamento compete il **monitoraggio** e la verifica dell'attuazione del Programma operativo del PRINA (art. 12 legge regionale n. 9/2008).

In particolare spetta al Direttore di Distretto e al Promotore sociale:

- il monitoraggio della spesa
- il controllo e la gestione della spesa
- la valutazione dei risultati come previsto negli atti di programmazione territoriale.

[…]

Commento: Perché si passa dal livello della presa in carico a quello dell'organizzazione dei servizi? Non viene rispettata la differenza tra i due livelli e il progetto della persona passa in secondo piano.

Commento: Come annotato sopra, il monitoraggio del PRINA deve essere effettuato con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (v. metodologia di Agenda 22).

3. L'offerta dei servizi

a) Diritto alla prestazione ed equità nella erogazione

Il Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza delinea un insieme di azioni strategiche per garantire alla persona in condizioni di non autosufficienza un sistema integrato di servizi/interventi in grado di fornire, in tempi certi, la quantità e la qualità delle risorse assistenziali necessarie ad affrontare il proprio bisogno.

La legge regionale che istituisce Fondo per la non autosufficienza, nel garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone non autosufficienti anziani, adulti e minori, opera il passaggio dal riconoscimento del **titolo della prestazione alla certezza della prestazione socio-sanitaria appropriata**, tenendo presente, anche, le risorse a disposizione del beneficiario nella fase di definizione dell'intervento e di compartecipazione al costo dello stesso.

Il Piano, infatti, si impegna ad allargare quanto più possibile alla platea dei beneficiari potenziali, l'area delle prestazioni anche ricorrendo allo strumento della compartecipazione dei costi quale modalità per assicurare una maggiore solidarietà fra cittadini con possibilità economiche differenti e bisogni simili.

Commento: Questo passaggio è garantito solo grazie alla compartecipazione alla spesa?
La certezza della prestazione è data dal fatto che si deve pagare?

Commento: Il PRINA si impegna ad allargare il numero di beneficiari o le tipologie di prestazioni?

In particolare per le persone disabili non autosufficienti la certezza delle prestazioni previste nel PAP devono essere coerentemente inserite all'interno del più generale progetto individuale così come previsto dall'art. 14 della Legge 328/2000.

A tal fine, accanto alla costituzione del FRNA, la Regione e gli Enti Locali si impegnano a garantire il complesso delle **risorse già dedicate alle politiche di sostegno della non autosufficienza**.

Commento: Se grazie all'istituzione del FRNA si garantisce il PAP, con quali risorse si garantisce il Progetto Individuale alle persone con disabilità?

b) La continuità assistenziale nell'offerta dei servizi

Un progetto per la non autosufficienza deve, necessariamente, prestare attenzione ad un aspetto particolare che rischia di essere trascurato nella gestione dei processi assistenziali, ovvero quello di **garantire la continuità assistenziale**, specialmente dopo un ricovero ospedaliero, fra l'altro già indicato nel «Piano sanitario nazionale 2003-2005» come uno dei dieci obiettivi per la strategia del cambiamento.

Commento: La continuità assistenziale è l'obiettivo? A nostro parere deve essere uno *strumento* che garantisce la risposta appropriata ai bisogni.

La continuità assistenziale deve sempre di più rappresentare «un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo».

In tal senso dunque le dimissioni ospedaliere di persone con bisogni assistenziali complessi sono le persone non autosufficienti, devono essere adeguatamente programmate.

c) La domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare

Le prestazioni garantite alla persona non autosufficiente vanno principalmente orientate verso la **permanenza al proprio domicilio** e verso misure ed interventi volti ad accrescere le possibilità di **sviluppo psico-sociale** della persona disabile contenendo i casi di inserimento in strutture residenziali e privilegiando, soprattutto per i giovani disabili, la connotazione familiare dell'intervento e la temporaneità dell'inserimento. La domiciliarità, pertanto, si fonda sul presupposto della permanenza della persona nel proprio contesto di vita e nella rete di relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali, dall'apporto dei familiari, e dalle risorse sociali informali (assistenti familiari, volontari etc.).

Commento: La permanenza al proprio domicilio – pur positiva – è un obiettivo minimo.

Commento: Quali misure si adottano per garantire uno sviluppo psico-sociale?

Nell'ottica dell'empowerment vanno sviluppate le capacità della persona non autosufficiente affinché possa avere la garanzia di una soluzione domiciliare, anche al di fuori del nucleo familiare originario, perseguendo la massima autonomia possibile della stessa anche nella domiciliarità.

Quest'ultima va garantita sia attraverso la **qualificazione dell'attuale sistema di assistenza**, articolandola secondo la diversa intensità assistenziale di cui ha bisogno la persona non autosufficiente, **sia ricorrendo alla qualificazione ed al sostegno dell'assistenza familiare.**

Commento: Come verrà realizzata la qualificazione?

Commento: Perché non si fa riferimento anche all'assistenza personale?

L'intervento pertanto si articola su tre livelli:

1. servizi di Assistenza Domiciliare (tutelare e domestica);
2. interventi di sostegno alla famiglia (sostegno al *care giver*, assistenza psicologica ???ecc.);
3. interventi di sollievo alla famiglia (interventi per brevi periodi anche in regime residenziale per **fronteggiare le emergenze** o le necessità di sollievo per le famiglie impegnate nel lavoro di cura della persona non autosufficiente).

Commento: Perché gli interventi di sollievo alla famiglia sono previsti solo per fronteggiare le emergenze e non si parla di Durante Noi/Dopo di Noi e di Vita Indipendente?

Per un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona non autosufficiente e disabile, le UMV dovranno garantire attraverso il PAP una serie di prestazioni che siano:

- **graduate sul bisogno assistenziale della persona non autosufficiente**
- erogabili con certezza (nei tempi e nella quantità)
- eostenibili dal sistema delle risorse territoriali.

Commento: Perché la domiciliarità è graduata solo sul bisogno assistenziale?

d. La rete dei servizi semiresidenziali e residenziali (permanente e/o temporanea)

Sebbene la programmazione per dare una risposta adeguata ai principali problemi delle persone non autosufficienti deve essere basata sullo sviluppo di una rete di servizi socio-assistenziali e sanitari (pubblici, privati e del terzo settore) con l'intento di mantenere la persona non autosufficiente, **il più a lungo e nel miglior modo possibile**, nel proprio contesto, questa non può non affrontare anche la questione delle strutture residenziali e semiresidenziali, comunque in linea con tale impostazione di fondo.

Commento: Che criterio è e come si misura «nel miglior modo possibile»?

Infatti, la **semiresidenzialità** può essere al pari della **domiciliarità** una **scelta strategica**, se intesa come uno dei servizi più importanti di supporto alla famiglia per l'assistenza alle persone non autosufficienti e di raccordo tra il **sistema della residenzialità con la domiciliarità**. Il potenziamento delle strutture residenziale e semiresidenziale in tal senso viene a rappresentare un intervento che risponde all'emergenza e al sollievo delle famiglie.

Commento: La semiresidenzialità e la residenzialità sono sempre strettamente legate alla domiciliarità. Quali sono le risposte previste per le singole e variegate situazioni personali?

Pertanto nella definizione dei pacchetti di servizi e prestazioni si dovrà prevedere come tipologia di risposte:

- la **semiresidenzialità** in strutture che siano anche in grado di organizzare percorsi terapeutico riabilitativi per persone con particolari gravità;
- la residenzialità anche attraverso il ricorso ai **ricoveri temporanei di emergenza** e di sollievo
- il superamento delle attuali liste di attesa sia con il ricorso dei servizi domiciliari di sollievo, sia attraverso il ricorso ai ricoveri in strutture semiresidenziali o con ricoveri temporanei.

Commento: La «scelta strategica» è un modo per standardizzare la risposta di servizio per le persone che hanno una disabilità grave?

Commento: Si guarda solo all'emergenza?

I pacchetti di intervento possono essere integrati nell'ambito di interventi socio-assistenziali con attività ricreative o di socialità a domicilio o con accompagnamento all'esterno in vari luoghi ricreativi, formativi, ecc., in collaborazione con associazioni, cooperative e volontariato che non necessariamente richiedono l'utilizzo di risorse finanziarie.

Di seguito si riporta uno **schema esemplificativo** che mette in correlazione diversi elementi del quadro assistenziale

Commento: In riferimento a tale schema – di cui non ci piace la correlazione tra il "pacchetto prestazionale" e la gravità del bisogno - segnaliamo che la previsione di 160 Euro mensili per sopperire al costo di un assistente personale è chiaramente insufficiente.

[…]

4. Gli strumenti della programmazione e della governance

[…]

5. Le azioni di sistema

[…]

6. Il finanziamento del PRINA: Risorse e criteri di riparto

[…]

L'**importo** totale sopra definito di € 31,750,000,00 viene ripartito sulla base dei dati più aggiornati disponibili della popolazione ultra-settantacinquenne residente per Distretto/Ambito, ponderato con i dati sull'invalidità con riconoscimento di accompagnamento.

[…]

Commento: Perché le risorse non vengono ripartite sulla base dei più recenti dati disponibili relativi a minori, adulti e anziani con disabilità non autosufficienti?
Perché, oltre che al dato quantitativo, non si considera anche la diversa tipologia e consistenza dei servizi ed interventi da attivare secondo quanto previsto dagli articoli 14 e 15 della Legge n. 328/2000 e articolo 1-ter della Legge n. 162/1998?

Pagina 2: [1] Commento **P.Cenci** **11/01/2009 10.37**

Il punto elenco si riferisce alle prestazioni aggiuntive, tuttavia riteniamo che «l'universalità di accesso» è già prevista da diversi anni; piuttosto, è bene precisare come funzionerà la compartecipazione da parte dei cittadini, distinguendo coloro che nella vita hanno prodotto reddito, da quelli che non lo hanno potuto o non lo potranno fare.

Pagina 2: [2] Commento **P.Cenci** **11/01/2009 10.43**

L'inciso «laddove possibile» cosa intende? Se riguarda un vincolo di risorse, ciò è inaccettabile, poiché riteniamo che l'assistenza autogestita debba porsi sullo stesso piano dell'assistenza domiciliare diretta. Auspichiamo che l'inciso si riferisca – mantenendo fermo il diritto di scelta da parte dell'individuo – alla possibilità/capacità della persona di auto-gestire la propria assistenza.

Pagina 2: [3] Commento **P.Cenci** **11/01/2009 10.44**

Nell'auspicio che la persona con disabilità non autosufficiente possa avere un percorso di vita indipendente (dentro o fuori il nucleo familiare), riteniamo che alla figura dell'«assistente familiare» debba aggiungersi quella dell'«assistente personale».